
Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035275

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

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

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190035275

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035275

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: JAILTON PEDRO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001153-3

Conta: 0000019516-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190035275

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILTON PEDRO DE LIMA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

734.689.914-87

JAILTON PEDRO DE LIMA

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

Nome completo:

JAILTON PEDRO DE LIMA

Profissão:

REC. INF

Endereço:

SICACHOEIRA DO ARROZ

CPF:

734.689.914-87

Número:

76

Complemento:

CASA

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

Estado:

PE

CEP:

55790-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(81) 9665-0454

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1153

3

CONTA:

19516

2

(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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
COMPLETO NÃO VERIFICADO
21 DEZ 2018
SEGURADORA SIA
15 LJA 5
Gracias - Recife

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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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
original da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE 19/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
21 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0220000738



494550

0460790/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/10/2018 às 15:07

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 12/10/2018 às 16:50

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, PE 130. PRÓXIMO AO FERRO VELHO DE ZÉ DO BOLO -**
Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ROBERTO (AUTOR/AGENTE)
VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
MARIA DAS NEVES SILVA (OUTRO)
JAILTON PEDRO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JAILTON PEDRO DE LIMA

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

JAILTON PEDRO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA AUREA DE LIMA** Pai: **ANTONIO PEDRO DE LIMA** Data de Nascimento: **16/6/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 76, RUA SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IRENE MARIA DE MELO SANTOS** Pai: **JOSÉ TEIXEIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **5/8/1973** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 76, RUA SÍTIO CACHOEIRA DO ARROZ - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROBERTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA DAS NEVES SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBERTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILTON PEDRO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFY7140** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **486446069** Chassi: **9C2HB0210CR034138**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

CARRO- KADET (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/KADETT** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHI7119** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE O SEU ESPOSO NO DIA 12 DE OUTUBRO 2018, POR VOLT DAS 16H50 CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA PFY-7140, PELA PE 130, NAS MEDIAÇÕES DO SÍTIO SILVA DE CIMA TRAFEGANDO NO SENTIDO AO CENTRO DESTA CIDADE, QUANDO AO PASSAR NO REFERIDO LOCAL FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO GM KADET (KHI-7119), QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CONDUZIDO PELO INDIVÍDUO CONHECIDO POR ROBERTO DE VÊI, O QUAL INVADIU A PISTA DE ROLAMENTO QUE YTRAFEGAVA A MOTOCICLETA VINDO A COLIDIR COM O MESMO. DO ACIDENTE SAIU COM LESÕES GRAVES A VÍTIMA JAILTON PEDRO DE LIMA, QUE FOI SOCORRIDO POR UNIDADE DO SAMU AO HOSPITAL LOCAL E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS REMOVIDO AO HRA NA CIDADE DE CARUARU E POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB. O CONDUTOR DO VEÍCULO SAIU ILESO DO CITADO ACIDENTE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

21 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

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

VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

Vera Lucia D. dos Santos Lima

B.O. registrado por: EDJANE DE CASSIA MARTINS PEREIRA - Matrícula: 3873021



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:

734.689.914-87

JAILTON PEDRO DE LIMA

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

Nome completo:

JAILTON PEDRO DE LIMA

Profissão:

REC. INF

Endereço:

SICACHOEIRA DO ARROZ

CPF:

734.689.914-87

Número:

76

Complemento:

CASA

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

Estado:

PE

CEP:

55790-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(81) 9665-0454

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

RENDAS 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1153

3

CONTA:

19516

2

(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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
COMPLETO NÃO VERIFICADO
21 DEZ 2018
SEGURADORA SIA
115 Loja 5
Gratias - Recibo

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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ 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
original da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE 19/12/18

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.



SAMU - Taquaritinga do Norte

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Jailton Pedro de Lima, portador de CPF nº 734.689.914-87, ID nº não informado pela central, que consta nos registros de ocorrência do SAMU MACRORREGIONAL AGRESTE DE CARUARU, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, no dia 12 de outubro de 2018, às 16hs e 55min, no endereço: PE 130 Silva de Cima, vítima de acidente de moto, tendo sido enviado a USB que prestou atendimento, em seguida removido para o Hospital local HGSPS/FUNDATA.

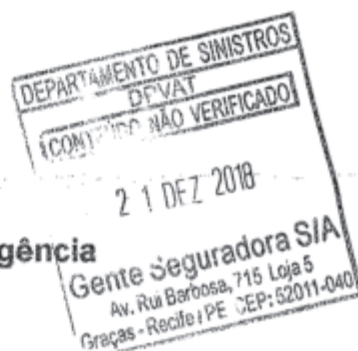
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Taquaritinga do Norte, 15 de outubro de 2018.

Edvânia Anísia de Moura
EDVÂNIA ANÍSIA DE MOURA
Coordenadora de Urgência e Emergência
SAMU - PE 321 323

Edvânia Anísia de Moura

Coordenação de Urgência e Emergência



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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON PEDRO DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000000019516-2

Nr. da Autenticação C174900B70909A41

DADOS DO CLIENTE
VERA LUCIA TEIXEIRA DOS SANTOS LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI CACHOEIRA DO ARROZ 78

CPF: 063.693.904-50 NIS: 1278.098452

TAQUARITINGA DO NORTE/TAQUARITINGA
TAQUARITINGA DO NORTE PE
55790-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
036229941	UNICA	20/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/10/2018	2010079180	5100981

DATA CONTRATO	MES/MO
7001684170	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTATA PROFISSIONALISTAR
26/10/2018	21/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	32,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18292021	5,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	61,0000000	0,31357750	19,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,58
Multa por atraso-NF 029588886 - 21/08/18			0,00
Juros por atraso-NF 029588886 - 21/08/18			0,31
Atualização ICPM-NF 029588886 - 21/08/18			0,23
PRO-CRIANÇA (08113412-8360 08 10 031 8888)			3,50

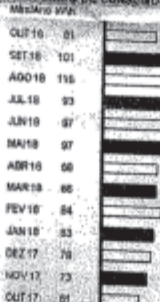
TOTAL DA FATURA

32.07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DECLARATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
301000299	CAT	19/06/08	8730,00	20/06/08	8800,00	31	1,00000		01,00

HISTORICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRANSIÇÃO

	BASE DO CALCULO	%	VALOR
18	23,90	0,64	
	23,90	2,68	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	11,44
Transmissão	R\$	1,42
Distribuição (Cepel)	R\$	8,63
Perdas de Energia	R\$	2,06
Encargos Setoriais	R\$	0,96
Tributos	R\$	0,85
Total	R\$	25,36

TABLE 1. APPLICATIONS

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

TURNER ROAD BRIDGE

30B3 7F1D AEDC F106 FD6C FB7B 74F6 F897

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: O CELP REFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAR COM A MELHOR

Comunicación oral (propuesta) y (a) curso(s) de energía (a) (a)					
Versión	De nuevo	Versión	Versión	De nuevo	Versión
26.0.0.0	20.0.0.0	45.0.0			

Em caso de não pagamento do débito, a fornecedora de serviços poderá ter seus bens, bem como poder de administrar sua unidade, não registrada de natureza econômica sob o CNPJ, e a SPASA, com o patrimônio nacional, e este com o valor não quantificado, em virtude do débito, arca com os bens como não se arca devida em decorrência judicial quando o devedor não colaborar, aplicando-se o processo.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					
	CONJUNTO	SALDO APURADO QUOTIDIANO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
OMC		2,22	5,91	10,62	21,26
FGC		1,06	3,36	6,60	13,20
OMC		2,22	3,03	0,00	0,00

Linux DCPU 12.22

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 10,52

NOMES DE TENDIÃO

LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

21 DEF 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7001684170	10/2018	28/10/2018	32,07
898300000000-4 32070011007-4 00168417010-6 15036254383-9			



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAILTON PEDRO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 734.689.914 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAILTON PEDRO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 734.689.914 / 87, 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 <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>///</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9152-6794</u>

SURUBIM/PE, 19 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

Eduardo Fernandes

Assinatura do Declarante



FUNDATA

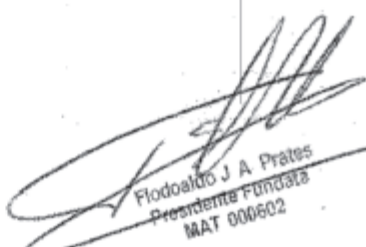
Fundação Municipal de Saúde de Taquaritinga do Norte
Mantenedora do HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CNPJ-01.683.480/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o **Sr. Jailton Pedro de Lima**, nascido 16 de junho 1970, deu entrada neste hospital no dia 12 de outubro de 2018 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº317.006 em anexo.

Taquaritinga do Norte, 16 de outubro de 2018.




Flodoaldo J. A. Prates
Presidente Fundata
MAT 000602

Unidade de Saúde: HOSPITALAR GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

HORA: 12.30

Nome: Gustavo Padua de Lima CNS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Sexo: M Idade: 48a Cor: P Estado Civil: _____ Categoria: Bru
Naturalidade: PE
Endereço: Rua Silva 110 - Joozina Data de Nascimento 16 / 10 / 70
Procedência: Tor de Nante

Pessoa de quem depende: _____
Endereço: _____ Parentesco: _____
Trazido por: _____
Endereço: _____

Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____

Natureza do Acidente:

☐ Casual	☐ Queda	☐ Acid. no Trabalho	☐ Acid. no Trânsito	☐ Intoxicação
☐ Agressão	☐ Tentativa de Suicídio	☐ Outras Causas		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
VERIFICAÇÃO NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
Intercâmbio NÃO VERIFICADO

~~24 DEC 2018~~

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
CNPJ nº 07.040.588/0001-08 CEP: 52011-040

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento:	☐ Clínico	☐ Cirúrgico		Hora do Atendimento Médico
Pressão Arterial	160	MX	MN	Pulso 71 / 41 BPM
Temperatura	°C			Peso
Queixa Principal e HDA				

Queixa Principal e HDA

[illegible]

Dr. Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM DE 25198

Local: ADA
transologia



FUNDATA

Série: 553368

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

Joilton Pedras da Lima, 430

Enviado para o PCT v. 1.0 de acidente de moto em 30/03/2011 pelo SAMU (conceito), orientado para o tratamento de fratura de tibia e fêmur (provável T. 1.2 e 1.3) com fratura de tibia e fêmur de Joelho (D). St. Simão da Lce. Lce 15, com o tratamento.

SSW = PO 110 x 90 mmHg
FC: 70 bpm
SpO2 98%

Med: tramal 200mg
Dipiridamol
SpO2 98% 500mg

Plano de tratamento de transologia

1.10. Acidente de moto
fratura exposta de T. 1.2 /
fêmur de Joelho (D) ?
ginto

RECEITUÁRIO MÉDICO
12/11/11

Dr. Antonio A. da Silva Filho
MÉDICO
CRM 25096



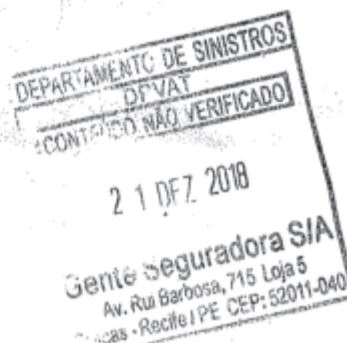
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA
CNPJ: 10.572.048/0014-42
SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Vera Lúcia Teixeira dos Santos Lima** RG: 5.110.505 SDS/PE; esteve acompanhando seu esposo **Jailton Pedro de Lima**. Prontuário: 327044 internado nesta unidade hospitalar na enfermaria da ortopedia L-25 desta Unidade Hospitalar no dia 18 e 19/10/2018.

Ivanete Maria de Assis
Assistente Social
CRESSPE 10244

Ivanete Assis
Assistente Social
HRA



Caruaru, 19 de outubro 2018



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 19/10/2018
HORA: 18:02:42



2314149

Prontuario Nome do Paciente
944160 JAILTON PEDRO DE LIMA

Estado Civil CPF RG
734.689.914-67 3928187

Nascimento Idade Sexo Cor
16/06/1970 48 M

Profissão Grau de Instrução

Religião
1-CATOLICA

Filiação Mãe: JOSEFA AUREA DE LIMA Pai: ANTONIO PEDRO DE LIMA

Fone Residencial Fone Trabalho

Endereço SIT SITO ARROZ - TAQUARITINGA DO NORTE-PE CEP:

Complemento Endereço

Atendimento Data Hora Setor
2314149 19/10/2018 17:55 3008-SECRETARIA CONVENIOS
Médico Atendente
2305-PAULTON MARINHO DA COSTA
Plano / Convênio
37-PACOTE/PACOTE ENFERMARIA

Nº Carteira



Tipo Atendimento
5-INTERNAÇÃO CIRURGICA
Motivo Atendimento
4-INTERNAÇÃO/URGÊNCIA

Conf. 2 leitos

Posto

Acomodação

Leito

Guia Internacao Procedimento
99935568 INTERNAÇÃO



944160

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JAILTON PEDRO DE LIMA, aqui declarado, da plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado do(a) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésicos, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a providas ordens de eventualidade ou da não observância das orientações médicas. Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

CAMPINA GRANDE, 19 de Outubro de 2018

WILMA
Responsável pelo Atendimento

WILMA

Responsável: JAILTON PEDRO DE LIMA
Endereço: SIT SITO ARROZ, Bairro, TAQUARITINGA DO NORTE-PE
Telefone: 81 994655647 carinh

Wagner B. de Sousa Jr
JAILTON PEDRO DE LIMA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 22/10/18

Wagner Silva
15/10/2018

Wagner Silva
15/10/2018
COHEP - 412588
Bairro - CTR 01991-1

RX REALIZADO
EM 19/10/18

Wagner Silva

54-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOME:

ALA:

LEITO:

CONVENIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS	HORARIO
9/10/18 Des- h	01L
S.P.h. 1000	22
Diluzão 1x616	24 26
Copaxone 810616	24 26
Filaflo 40-010	22
Trombolim 1001412/12 cu	22
Aspirina 1x81850	22 26
9/10/18 Des- zero	
Amperes or 9:00 6g	

EVOLUÇÃO MÉDICA

Amil com feitor
de fitor e feitor por
feitor am

Dr. Raulton Marinho da Costa
ORTOPEDISTA - TEOT 12188
CRM-PB 39651/CRM-PE 13199

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

20/10/12

Mr. L. C. O. 18.100

5. 1000

564 m 1000

6 POWFMS 181666

10616

7 Apr 60

100 14/12/12 SW

Konjalsing 10/12/18(Su)

One page 10

10/10/2019 10:10:10 AM

Stewart's House
27 12 1875

Power Line 750 (V)

EVOLUÇÃO MÉDICA

and Sheriff

of, can find, &

ports, Airway

2. Paper, with 152

1947-1948

AGENCIA TRANSFUSIONA

Nº Dólar: 11925 X 10100

Vol. 3502 Gr/Rh: 07Neurocomponents: 24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Page 10 of 10

Responsible: Shirley

6-4 Pos

ca. 12/3 - 36 Residual p. 97

Responsável: Stolma

Vol. 110112

1

PACIENTE: Goulton Pedro de Lima
 CONVÊNIO: PAVOT SUS ☐ PRONTUÁRIO: 942160 DATA: 20/10/18
 CIRURGIÃO: Red. Cirúrgica e fratura por de Tibia
 CIRURGIÃO: Dr. Rauliers AUXILIAR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Tamaré

CIRCULANTE: Dr. Tamaré SALA: 08 HORÁRIO: INÍCIO: 09:15 FINAL: 10:20

SALA: 09.15 FINAL 10.20								
COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIO	QUANT.
1872	ADRENALINA PB 243205		107329	ADAPTADOR PI SORO	01		ACIFLEX Nº	
1880	ÁGUA DESTILADA	3aud	110089	AG. RAQUI 27BD			ALGODÃO CIA Nº	
1899	AMINOFILINA		120009	AG. RAQUI 25BD	1aud		ALGODÃO SIA Nº	
1929	ARAMIN		161281	AG. RAQUI PI OBESO BD			CROMADO CIA Nº	1 ag 4 = 2 aud
2070	ATROPINA			AGULHA DESCARTÁVEL Nº 1/2 x 25	2		CROMADO SIA Nº	
269799	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL Nº			ETHIBOND Nº	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI Nº			FITA CARDIACA	
4650	CEFALOTINA 1g	2 pac 200	2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	2 aud		MONOCRYL Nº	
122769	CEFAZOLINA 1g		9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	1 aud		MONONYLON Nº	2.0 ag 3 = 6 aud
1767	CEFTRIAXONA			ATADURA CREPON Nº	15		PROLENE Nº	
154886	CETROPROFENO IV			ATADURA GESSADA			VICRYL Nº	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2356	BOLSA COLOSTOMIA				
2003	CLORETO DE SÓDIO			CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº				
5304	DEXAMETASONA	1 aud	211968	CAPA PARA VÍDEO				
4855	DICLOFENACO SÓDICO	2 aud	2429	CATETER OXIGÊNIO	1 aud			
2020	DIPIRONA	1 aud	27880	COLETOR URINA ABERTO				
5673	DOPAMINA	3 aud	22391	COLETOR URINA FECHADO				
32190	EFEDRINA			COMPRESSAS	2 aud			
5339	FENERGAN		142341	COMPRESSAS 25x28				
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE Nº				
4286	GARAMICINA			DRENO SUÇÃO Nº				
2046	GLICOSE 50%			DRENO TÓRAX Nº				
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO		59587	ELETRODO	2 aud			
5396	HEPARINA		2585	EQUIPO MACROGOTAS	2 aud			
5350	HIDROCORTISONA		287393	EQUIPO BIARTROSCÓPIO	2 aud			
2062	METOCLOPRAMIDA		2615	ESPALMADO DE VATA	2 aud			
37859	NAUSEDRON 8mg	1 aud	20117	FITA GLUCOMAX	2 aud			
69506	OMEPRAZOL 40mg		142220	GAZES 8x8x5	2 aud			
70184	PROSTIGMINE			GAZES	2 1 DFZ 2018			
70235	QUELICIM	1 aud	3425	GELFOAN	2 aud			
28519	RANITIDINA		60917	GILETE	2 aud			
70335	SOLUMEDROL 500mg			GUENDEL Nº	2 aud			
403792	TORADOL		3458	INTRA-CATH	2 aud			
70971	TRANSAMIN			JELCO Nº	24			
70572	TILATEL 40mg	1 aud		LÂMINA BISTURI Nº	24			
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.						
70254	ALFENTANILA		132709	LUVAS 6.5				
8685	DIEMPAZ 10mg		111209	LUVAS 7.0	2 pers			
9026	DIMORF 1.0mg		40126	LUVAS 7.5	2 pers			
3034	DIMORF 0.2mg	1 aud	3522	LUVAS 8.0				
125149	DIMORF 10mg	1 aud	149870	LUVAS 8.5				
69655	DORMONID	1 aud	69752	MICROPORE LARGO				
69639	DORMONID GOMP.			SCALPS Nº				
48850	FENOBARBITAL		3735	SERINGA DE 01cc				
8869	HIDANTAL		3700	SERINGA DE 03cc				
9962	KETALAR		3719	SERINGA DE 05cc	2 aud			
69620	PETIDINA		3589	SERINGA DE 10cc	2 aud			
73210	TRAMAL		3697	SERINGA DE 20cc	3 aud			
146832	ULTIVA		341797	SERINGA DE 60cc (bloco longo/curto)				
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.						
70548	ATRACURIO			SONDA FOLEY Nº				
126233	CISATRACURIO			SONDA NELATON				
9091	ETOMIDATO		53937	SONDA NSG				
3042	FENTANIL			SONDA RETAL				
2801	LIDOCAINA 2% CV		4081	TORNEIRA 03 VIAS	1 aud			
7119	LIDOCAINA 2% S/V			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº				
2810	LIDOCAINA GELEIA							
7150	NEOCAINA 0.5% CV							
70750	NEOCAINA 0.5% S/V							
1096	NEOCAINA PESADA	1 aud						
3212	NILPERIDOL							
142364	NOVAPUPI CV							
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA							
264580	NOVAPUPI S/V							
2216	PANCURÔNIO							
82031	PROPOFOL							
142451	ROCURÔNIO							
24675	SEVORANE							
1946	XYLESTESIN SPRAY							

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	30 M
304000	CLOREXIDINA	alcoohes 30 M
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	1 aud
	NITROGÊNIO	
	ÓXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	33 litros minutos
	OXÍMETRO DE PULSO	1 aud
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9136	MANITOL 20%	
174450	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
99229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	1 aud 2 aud
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9146	S. RINGER 500ml	1 aud
134489	VOLUMEN 6%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	Fones de ouvido 15 cm 2	
	Chave de fenda 10 cm	
	Qualidade de higiene 2	
	3 grupos de sangue = 2 aud	
	05 Placa em L e 12 cm	
	05 Placa em L e 6 cm	
	03 Parafusos esfericos	
	06 Parafusos retos	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: SAUL HERNANDEZ
 ALA: 11

ALA: 1 1/2

UNITO: 54.4

CONVÊNIO: *Quota*

DIAGNÓSTICO:

DATA: 21150

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

21
7/10/82

I, John H. Smith, do hereby certify that the foregoing is a true and correct copy of the original as the same appears in the records of the County of San Diego, State of California.

S. 2.6. 1790

Cefotaxime / clavulanic acid

known as 80, 3 sup. 10
(290 mg)

14616

Gratias agere

100 10 1212

Wave down 14.5

John D. O'Connell

Dextrose 400 ml

Pinch	0.5	5	21.00
-------	-----	---	-------

○ Shun

06/15/19

Deming, Cecil

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE DE SINISTROS
2 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Loja 5
Praça Recife PE CEP: 520-1-040

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente em T^o fis b

P.O. moal

Dr. Ralston Marinho da
MATEMÁTICA - TEORIA

Dr. Railton Marinho da Costa
ORTOPEDISTA - TEOT 12188
CRM-PB-36651/CRM-PE 13199

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Joullien Pedro

ALA:

LL

LEITO:

54.4

CONVENIO:

Pacote

DIAGNÓSTICO:

DATA:

22/10

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

2/10/18 Qui Ligo

S. P. P. P. P.

Epilepsia 1x1000 10

Carbamazepina 200 10

Divalpro 1000 10

Phyto 400 10

O. C. C.

ECN 100

ALP

EVOLUÇÃO MÉDICA

PL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 520-1-000

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Jaqueline

Rodrigues de Lima

IDADE:

ALU:

2090

LEITO: 541

MÉDICO:

Rodrigues

DATA:

19 / 10 / 18

MANHÃ

TARDE

NOITE

Paciente evoluiu em pós-operatório imediato
Medicados conforme prescrição Médica

feito curativos e cateteres

8671

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2-1 DEZ 2018
Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

NOME:

Jaílton Pedro

IDADE:

ALU:

10.1000

LEITO: 54.1

MÉDICO:

DATA: 21/10/2018.

MANHÃ

Paciente estável em Pós-operatório de Tibia. Sem Intervenções M.P.M. dia, acordado, consciente, orientado afébril e sem queixas no momento segue aos cuidados da enfermagem

Odizone

TARDE

Pac evolui consciente orientado em PO, foi impedido e U.I. do consentido, aceita dieta oral segue aos cuidados da enfermagem

Lustosa R. Rodrig
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 84630

NOITE

Paciente segue consciente, orientado, afébril em PO, realizado SSVU em C.T. aos 0000

Bianca Huston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1176.602

Sr(a): **JAILTON PEDRO DE LIMA**
 Idade: **48 ANOS**
 RA: **0110081715** Dt Coleta: **20/10/2018 - 15:13:13**
 Dr(a): **RAILTON MARINHO DA COSTA/3965**
 Convenio: **PACOTE -HAT**
 Emissão: **20/10/2018 - 17:20:46** Local: **LUCIANO LOBO**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,24	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	8,8	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 20/10/18 11,00		
Hematócrito	27,7	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	85,5	fL 80,0 - 98,0
Resultados Anteriores: 20/10/18 185,3		
H.C.M.	27,2	pg 26,0 - 32,0
Resultados Anteriores: 20/10/18 121,1		
C.H.C.M.	31,8	g/dL 32,0 - 36,0
RDW	12,3	% 11,0 - 14,5

Série Vermelha:

Normocitose, Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	9200	/mm3	3800 - 10000
Resultados Anteriores: 20/10/18 16400			
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	85	7820	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	3	276	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	10	920	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	2	184	2-10 72-1000

Série Branca:

Neutrocitose.

PLAQUETAS

378000	/mm3	140.000 - 450.000
--------	------	-------------------

Resultados Anteriores: 20/10/18 1378000

Série Plaquetária:

Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: CITOMETRIA DE FLUXO
 Material: SANGUE TOTAL

Dra. Daylene Oliveira Brandão
 FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
 CRP-PE 03022-CPF 082.767.874-26



Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102.5555 ☎ 83 988310102

UNIDADE CENTRO

☐ Rua Rui Barbosa, 5

UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Senador Salgado Filho, 20

UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vagney Polino, 57

UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. A. L. Brandão, 145

UNIDADE PRAIA

☐ Rua Rodrigues Alves, 3040

UNIDADE JOSE PINHEIRO

☐ Rua Camões, 500 - AHS

UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severina Szalczka de Almeida, 17

UNIDADE QUIRIMADAS

☐ Rua João Barbosa Lima, 27

UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua N. S. do Carmo, 63 - Pôrta

UNIDADE ANTONIO TÂNIO NO

☐ R. D. B. Lourenço, 240 - Contagem

Todos os exames possuem referência normal para a maioria dos testes. Resultados de exames e outros dados são fornecidos em condições de interpretação.

CONTROLE DE QUALIDADE - SURG
 - Fica de acordo com a legislação vigente



Sr(a): **JAILTON PEDRO DE LIMA**
 Idade: **48 ANOS**
 RA: **0110081664** Dt Coleta: **20/10/2018 - 23:00:04**
 Dr(a): **J/1**
 Convênio: **PACOTE -HAT**
 Emissão: **20/10/2018 - 08:43:15** Local: **LUCIANO LOBO**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	2,58	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	7,0	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	22,0	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	85,3	f 80,0 - 98,0
H.C.M.	27,1	pg 26,0 - 32,0
C.H.C.M.	31,8	g/dL 32,0 - 36,0
RDW	12,0	11,0 - 14,5

Série Vermelha: Normocitose, Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	6400	/mm3	3800 - 10000
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	73	4672	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	4	256	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	17	1088	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	6	384	2-10 72-1000

Série Branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETAS	378000	/mm3	140.000 - 450.000
-----------	--------	------	-------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: CITOMETRIA DE FLUXO
 Material: SANGUE TOTAL



Dr. Daylene Oliveira Brandão
 FARMACUTICA/QUÍMICA
 CRP-PE 03922-CPF:082.767.074-26

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 083 2102.5577 083 2102.5555 083 988310102

UNIDADE CENTRO Rua Santa Helena, 81	UNIDADE CATOLÉ Av. Pedro de Alencar, 877	UNIDADE PRATA Rua Raimundo Alves, 1145	UNIDADE CATINGUEIRA R. Benedito, 1000 - Bairro de Alencar, 12	UNIDADE JOÃO XXIII Rua Mito, Facalina, 83 - Prata
UNIDADE INTEGRAÇÃO Rua Santa Helena, 81	UNIDADE CRUZEIRO Av. Almirante Barroso, 148	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO Rua Camilo Sales, 1	UNIDADE QUEIMADAS Rua Santa Bárbara, 27	UNIDADE ANTONIO TARGINO Rua Santa Helena, 148 - Catolé

Este é um exame realizado por profissionais qualificados, sob supervisão de médicos, com todos os procedimentos de controle de qualidade.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBC
 Programa de Controle de Qualidade SBC

ControlLab



PROSANGUE
diagnóstico

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL

Valor(es) de referência

mg/L

Para risco coronariano:
baixo risco: até 1
risco médio: 1 a 3
alto risco: maior que 3

Para doenças inflamatórias na fase aguda: maior que 8

Dr. Dayslane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
CRP-PB 03923-CPP-062.767.374-26

Central de Atendimento: (83 2102.5577 (83 2102 5555 @83 988310102

UNICEF in China

© 2006 Blackwell Publishing Ltd

UNIONDE ANTONIO TARDINO

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 248: 349–359

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, psicológicos e outros. Agimos seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - 88PC
Programa de Controle de Qualidade - 88PC

Control Lab

Sr(a): JAILTON PEDRO DE LIMA
Idade: 48 ANOS
RA: 0110081664 Dt. Coleta: 20/10/2018 - 23:00:04
Dr(a): J1
Convenio: PACOTE -HAT
Emissão: 20/10/2018 - 08:43:15 Local: LUCIANO LOBO



VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO - VSH

Resultado 140

Método: HEMOSSSEDIMENTAÇÃO
Material: SANGUE TOTAL

Valores de referência

mm: Homens : 0 a 15
Crianças e Mulheres: 0 a 20



Dra. Dayliane Oliveira Brandão
FARMACUTICA BIOQUIMICA
CRP-PA 03022-CEP 082.707.374-20

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: 83 2102.5577 83 2102.5555 83 988310102

UNIDADE CENTRO

9. Rua Sérgio Bortolotto, 22

UNIDADE INTERMEDIÁRIO

9. Rua Sebastião Bortolotto

UNIDADE CAYOLÉ

9. Av. Manoel Caldeira, 872

UNIDADE PIRAZINHA

9. Av. Acl. Maria Goretti, 1002

UNIDADE PRATA

9. Rua Rodrigues Alves, 1040

UNIDADE JOSE PINHEIRO

9. Rua Campos Sales, 463

UNIDADE CATINGUEIRA

9. R. S. Fernando de Azevedo, 37

UNIDADE QUEIMADAS

9. Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII

9. Rua São Francisco, 83 - Povoado

UNIDADE ANTÔNIO TARDINO

9. R. Delmiro Gouveia, 24 - Caruaru

Todos os exames são realizados por meio de equipamentos e métodos de última geração, com a participação de profissionais qualificados e com o uso de reagentes de alta qualidade.

CONTROLE DE QUALIDADE: SERVO
FARMACUTICA BIOQUIMICA

Control Lab

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Raulton Redu

ALU:

12

LEITO: 541

MÉDICO:

Raulton

IDADE:

48

DATA: 22/10/18

MANHÃ

Paciente evolui de alta hospitalar

Marianna Alves M. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN-PB 1032558

TARDE

NOITE

NOME:

ALU:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: 20/10/18

MANHÃ

Paciente estável em POI de Tibio, consciente, orientado, afébril e sem anormalidades. HEP. medica segue aos cuidados da enfermagem.

Delizene
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 4956

TARDE

Paciente avaliado com quadro estável, consciente, orientado, segue medicado e em pós-operatório estável. Apresenta febre e dispnéia sem guaxas no momento segue aos cuidados da enfermagem.

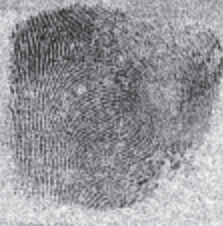
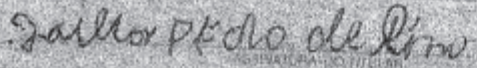
Lucimar F. Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 4956

NOITE

Paciente com quadro geral estável, consciente e orientado, em pós-operatório estável. Parado SVA. Segue medicado, sem guaxas. Aos cuidados gerais.



Dafyema Kelly de C. Santos
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 1.064.572

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO		REGISTRO CENAL	DATA DE EXPIRAÇÃO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL		3.928.187	05.05.2008
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E08-R26		NOME	
 		JAILTON PEDRO DE LIMA	
		NOME DO PAI	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		Antonio Pedro de Lima	
		Josefa Aurca de Lima	
		NACIONALIDADE	
		Arapiraca-AL	
		DATA DE NASCIMENTO	
		16.06.1970	
		NOME DO ENDEREÇO	
		C.C. 478-1, B.02-F.190V-Cartório de Taquariúnga do Norte-PE	
		LEI Nº 7.116 DE 29.08.83	

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL	
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
NOME	
734685914 87	
NOME DO ENDEREÇO	
JAILTON PEDRO DE LIMA	
DATA DE NASCIMENTO	
16.06.70	
Assinatura: x Jailton Pedro de Lima	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 DEZ 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife/PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

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

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R\$ 2.362,50 POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190035275 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P9 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 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:

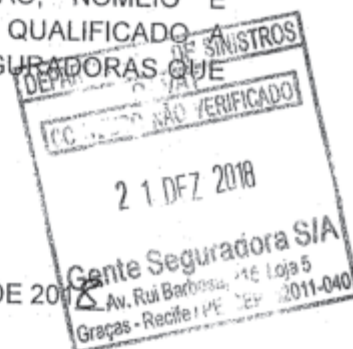
OUTORGANTE

NOME:	JAILTON PEDRO DE LIMA.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	GARI
IDENTIDADE:	3.928.187-SDS/PE.
ENDEREÇO:	Sítio CACHOEIRA DO ARROZ, nº 96 - TAQUARITINGA DO NORTE (PE).

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNCIONÁRIO PÚBLICO APOSENTADO.
IDENTIDADE:	3092028-SSP/PE.
ENDEREÇO:	RUA JOÃO BATISTA, 370, CENTRO, SUEBIM (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 31 DE OUTUBRO DE 2018



Jailton Pedro de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇÃO NOTARIAL E REGISTRAL TAQUARITINGA DO NORTE - PE	Rua Cel. Tejo, 19/A - Centro - Taquaritinga do Norte - PE Fone: (81) 3735-1035 - E-mail: srtaquaritinga@tpe.pe.gov.br
Reconheço por autenticidade a firma de: JAILTON PEDRO DE LIMA, Dou. fe. Taqui. do Norte, 31/10/2018 10:47:00. Em test. da verdade.	
(a) LUÍS OTÁVIO PRAZIN BEZERRA - Escrevente (Emol: R\$ 3,39. TSNR: R\$ 0,80. FERC: 0,40) Seio: 0076513.R/A0920180101131	
Consulte autenticidade em: www.tpe.jus.br/seio	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016331/19

Vítima: JAILTON PEDRO DE LIMA

CPF: 734.689.914-87

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON PEDRO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JAILTON PEDRO DE LIMA : 734.689.914-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA