



Número: **0044122-66.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. V. B. D. S. (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
JANETE BARBOSA DE AGUIAR (REPRESENTANTE)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69266273	08/10/2020 16:27	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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	--

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

Pag. 01529/01530 - carta_03 - INVALIDEZ

00070765



Carta nº 15513074





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, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

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 15513167





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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01609/01610 - carta_02 - INVALIDEZ

00060805



Carta nº 15587030





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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANETE BARBOSA DE AGUIAR

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 00000431-0

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.

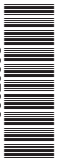
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00009/00010 - carta_15R - INVALIDEZ

00020005





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 134.134.444-95 4 - Nome completo da vítima: João Vinícius Gonçalves da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: João Vinícius Gonçalves da Silva 6 - CPF: 134.134.444-95
7 - Profissão: NENH 8 - Endereço: RUA JOSEFA MARIA DO JESUS 9 - Número: 153 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-193
15 - E-mail: NENH 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6099

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: Jovete Barbosa do Aguiar
18 - CPF do Representante Legal: 055.963.264-96 19 - Profissão do Representante Legal: NENH

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4758 CONTA: 431 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito a prescrição do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (nascos)? ☐ 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 13/02/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jovete Barbosa do Aguiar
Assinatura do Procurador (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 134.134.444-95 4 - Nome completo da vítima: João Vinícius Gonçalves da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: João Vinícius Gonçalves da Silva 6 - CPF: 134.134.444-95
7 - Profissão: NENH 8 - Endereço: RUA JOSEFA MARIA DO JESUS 9 - Número: 153 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Santa Cruz do Capibaribe 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-193
15 - E-mail: NENH 16 - Tel. (DDD): (81) 99304-6099

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: Joãete Gonçalves do Aguiar
18 - CPF do Representante Legal: 055.963.264-96 19 - Profissão do Representante Legal: NENH

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4758 CONTA: 431 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito a prescrição da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (nascos)? ☐ 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 responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 13/02/2020

Joãete Gonçalves do Aguiar
Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000180

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/02/2020 às 10:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/8/2019 no período da Manhã

Título da Ocorrência: **QUEDA DE MOTO**

Local onde ocorreu a ocorrência: **TRAVESSA SAO PAULO, 1 - Bairro: INDEPENDENTE -**

TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Localidade: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAI DE APLICIA (AUTOR AGENTE)

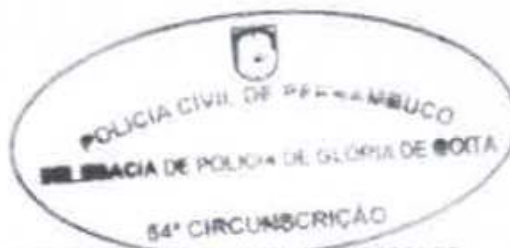
JANETE BARBOSA DE AGUIAR (NOTICIANTE)

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (OUTRO)

VÍTIMA (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEÍCULO (Envolvido na ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a) JANETE BARBOSA DE AGUIAR



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

J.V.B.O.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: JANETE BARBOSA DE AGUIAR - Pai: CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (Data de Nascimento: 25/12/2002) Nacionalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL (CPF nº: 10953644/8051P6 (RG) 1141744405 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Grau de Instrução: 2º. GRAU INCOMPLETO - Ocupação: ESTUDANTE - Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TORITAMA, 153, RUA JOSEFA MARIA DE JESUS, 153 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

NAI DE APLICIA - Nome da Avó: **NÃO INFORMADO**

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

JANETE BARBOSA DE AGUIAR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Mãe: MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR - Pai: JOÃO CASIANO DE AGUIAR (Data de Nascimento: 25/4/1984) Nacionalidade: TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL (CPF nº: 7175184/8051P6 (RG) 05596326496 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Grau de Instrução: 1º. GRAU INCOMPLETO - Ocupação: DO LAR - Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TORITAMA, 153, MESMO ENDEREÇO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino - Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

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

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010081627517100000067925459



MOTOCICLETA (VEICULO) DE PROPRIEDADE DA VITIMA: MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR, QUE ESTAVA EM SEU NOME

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

MOTOCICLETA NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO (Causa não informada)
UNIDADE NÃO INFORMADA

PLACA: 8015.3015 (Causa não informada) 8015.3015 (Causa não informada) ALCOOL: NÃO

INFORMAÇÃO DO POLÍCIA

INFORMA A NÚNCIA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO, ONDE O SEU FILHO ESTAVA NA GARUPA, QUANDO UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA MANOEIRA PERIGOSA, PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO CHÃO, ONDE O SEU FILHO (VITIMA) SOFREU SÉRIAS LESÕES, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA LOCAL EM SEU VÉICULO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE, SENDO REMOVIDA PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TADINO DE CAMPINA GRANDE-PB.

INFORMAÇÃO DO POLÍCIA (Causa não informada) (Causa não informada) (Causa não informada)

J.N.D.S. (Menor de idade)

(VITIMA) João Américo Barbosa da Silva

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

INDICANTE

Janete Barbosa de Aguiar

SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial de Polícia
Mat. 159.816-3





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N°. 20E0154000180

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/02/2020 às 10:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/05/2019 no período da Manhã

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **TRAVESSA SAO PAULO, 1 - Bairro: INDEPENDENTE -**

TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Lugar do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)

JANETE BARBOSA DE AGUIAR (NOTICIANTE)

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (OUTRO)

J.V.B.D.S. (Menor de Idade) (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JANETE BARBOSA DE AGUIAR

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

J.V.B.D.S. (Menor de Idade) (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JANETE BARBOSA DE AGUIAR Pat: CRISTIANO FERREIRA DA SILVA (Data de Nascimento: 25/12/2002 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10955644/SDS/PE (RG). 11417444495 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TORITAMA, 153, RUA JOSEFA MARIA DE JESUS, 153 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

JANETE BARBOSA DE AGUIAR (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR Pat: JOACIR CASSIANO DE AGUIAR Data de Nascimento: 25/4/1984 Naturalidade: TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7175384/SDS/PE (RG). 05596326495 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Endereço Residencial: MUNICIPIO DE TORITAMA, 153, MESMO ENDEREÇO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

Placa: **PDP0653** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Chassi: **9C2JC4820FR545660**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

INFORMA A NOTICIANTE QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO, ONDE O SEU FILHO ESTAVA NA GARUPA, QUANDO UM DESCONHECIDO EM UMA MOTOCICLETA ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, AO FAZER UMA MANOBRA PROIBIDA, PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO CHÃO. ONDE O SEU FILHO(VÍTIMA) SOFREU SÉRIAS LESÕES, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA LOCAL EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU-PE DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE, DEPOIS REMOVIDA PARA O HOSPITAL ANTÔNIO TAGINO DE CAMPINA GRANDE-PB.

(VITIMA)

1000 Demissus garburo da Silva

(NOTICIANTE)

Fonte Barbosa de Aguiar

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 158.816-1





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 RSL: 3 - CPF da vítima: 114.174.444-95 4 - Nome completo da vítima: João Vinícius Barbosa 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: João Vinícius Barbosa da Silva 6 - CPF: 114.174.444-95
7 - Profissão: NENH 8 - Endereço: RUA JOSEFA MARIA DO SOUZA 9 - Número: 153 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Tereza 12 - Cidade: Santa Cruz do Capangue 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55195-193
15 - E-mail: NENH 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal: JOAQUIM BARBOSA DE ALVIAN
18 - CPF do Representante Legal: 055.963.264-96 19 - Profissão do Representante Legal: NENH

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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4758 CONTA: 431 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso divergir do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(bornos)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Santa Cruz (PE), 13/02/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): João Vinícius Barbosa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



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:	23/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANETE BARBOSA DE AGUIAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000000431-0

Nr. da Autenticação 8B4D09FF8DCC4B15



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-88
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 220.830.304-06
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSEFA MARIA DE JESUS 133
STA TEREZASANTA CRUZ DO CARIBARRÉ
51195-193 SANTA CRUZ DO CARIBARRÉ PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
29/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
237,66
DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
22/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
22/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
093741538
CONTA CONTRATO
001706514020
Nº DO CLIENTE
2000847266
Nº DA INSTALAÇÃO
0003440654
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
3C02.4335.C1BD.6CF9.780B.04B3.32A9.0776

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	284,88	8,42858182	112,81
Consumo Ativo(kWh)-TE	284,88	0,35875625	94,71
Automação Bandeira AMARELA			5,86
Contrib. Irem. Pública Municipal			16,74
ICMS Subvenção-COE-AP 88082423-22/11/19			1,57
Multa por atraso-NF 88082423 - 22/11/19			6,34
Juros por atraso-NF 88082423 - 22/11/19			1,85
Atualização IGPM-AP 88082423 - 22/11/19			8,58
TOTAL DA FATURA			237,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
212,88	25,00	53,09	212,38	6,90	1,47
					8,81

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RE	%
Gerção de Energia	34,54
Transmissão	7,64
Qualificação (Calor)	46,32
Energia Solarizada	16,30
Tributos	0,81
Potência de Energia	11,50
TOTAL	112,81

HISTÓRICO DO CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (kWh)
JAN 19	284
FEB 19	306
MAR 19	286
ABR 19	273
MAY 19	251
JUN 19	228
JUL 19	280
AUG 19	242
SET 19	277
OCT 19	289
NOV 19	240
DEZ 19	245
JAN 20	243

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO GSTA NOTA FISCAL					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FATORAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSUMO kWh
000000301017003	CAT	26/12/2019 22.350,90	03/01/2020 22.396,88	29	1.000,00
					0,00
					284,88

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MÊS	MÉDIA TRIM
nov/2019				
INT-Int de horas sem energia	SANTA CRUZ DO CARIBARRÉ	0,00	5,18	16,38
FIC-Int de horas sem energia		0,00	3,25	6,80
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,94	6,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite INCR: 12,22
ELIM-Índice de Encargo de Uso - R\$ 13,77				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! Formeça eletrônica: avenida bela vista bela vista / pegafil: r xoo paulo
ou eletrônica completa em www.celpe.com.br.
Na data de fatura é fornecido em vigor 4 e Antares. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 28.458/12.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Paga, em atraso, multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 12.438/02) e atualização monetária no pro. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 dias de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no caso em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 001706514020	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 237,66	VENCIMENTO 29/01/2020
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitores óticos.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-88
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
MARIA ESTELA BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 220.630.304-06
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSEFA MARIA DE JESUS 133
STA TEREZASANTA CRUZ DO CARIBARRÉ
51195-193 SANTA CRUZ DO CARIBARRÉ PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
29/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)
237,66
DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
22/01/2020
DATA DA APRESENTAÇÃO
22/01/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
093741538
CONTA CONTRATO
001706514020
Nº DO CLIENTE
2000847266
Nº DA INSTALAÇÃO
0003444054
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
3C02.4335.C1BD.6CF9.780B.04B3.32A9.0776

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	284,88	8,42858182	112,81
Consumo Ativo(kWh)-TE	284,88	0,35875625	94,71
Automação Bandeira AMARELA			5,86
Contrib. Irem. Pública Municipal			16,74
ICMS Subvenção-COE-AP 88082423-22/11/19			1,57
Multa por atraso-NF 88082423 - 22/11/19			6,34
Juros por atraso-NF 88082423 - 22/11/19			1,85
Atualização IGPM-AP 88082423 - 22/11/19			8,58
TOTAL DA FATURA			237,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
212,88	25,00	53,09	212,88	6,90	1,47	212,88	4,10
							8,81

DESCRIÇÃO				VALOR			
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	8,29499999	JAN	25	254			
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,35875625	DEZ	19	306			
		NOV	18	286			
		OUT	16	273			
		SET	16	231			
		AGO	15	208			
		JUL	12	350			
		JUN	10	242			
		MAY	19	377			
		ABR	19	389			
		MAR	10	240			
		FEV	19	245			
		JAN	19	243			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO GESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA PONTAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000301017065	CAT	2612/2019	2235/20	236/US20	25.396,88	29	1,8000
							5,86
							284,88

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL
nov/2019				
INT-Int. de horas sem energia	SANTA CRUZ DO CARIBARRÉ	0,00	5,18	16,38
FIC-Int. de horas sem energia		0,00	3,25	6,80
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,94	6,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite INCR: 12,22
ELIM-Índice de Encargo de Uso - R\$				13,77

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! Formata eletrônica: avenida bela vista bela vista / pegafil / r: xoo paulo
ou eletrônica completa em www.celpe.com.br.
Na data da fatura é fornecido em vigor 4 e Antares. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Correção ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 28.458/12.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Paga, em atraso, multa 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 12.438/02) e atualização monetária no pro. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 dias de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no caso em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 001706514020	MÊS/ANO 01/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 237,66	VENCIMENTO 29/01/2020
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitores óticos.

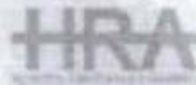
PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 518050 Prontuário: 340308
Nome: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA
Data Nas.: 25/12/2002 Idade: 16 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 700302962807430
Endereço: RUA JOSEFA MARIA DE JESUS Nº: 153
Bairro: SANTA TEREZA Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE Estado: PE
CEP: 55105103 Fone: 91998269 Profissão:
Nome da Mãe: JANETE BARBOSA DE AGUIAR
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 14/06/2019 19:52

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão aberta de colúmbio costal - costal, afim de exposto.
Weg. refator, edema, rubor. Afim enrijecimento do osso.
Exame neurológico normal.

Exame Físico:

Del. Alta Anqis Geral
1. Ortopedia

PA: _____ PC: _____ PR: _____

Dr. Gilvando Gomes
Cirurgia Geral
CRM-PE 12638

Diag. Provisório:

+TROC

Paroste com fratura do 1/3 médio da clavícula.
Ⓢ com encurtamento ≈ 2,5cm

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

C.D. Tratamento conservador.
Expost

Anderson Ary Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21731



Nome Paciente: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 25/12/2002
Sexo: Masculino
Idade: 16
Senha: U0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/06/2019 19:45 - 14/06/2019 19:46

SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-MOTO, DE CAPACETE, NEGA VOMITO. RELATA DESMAIO E PERDA DE CONCIENCIA. APRESENTA DOR E EDEMA EM OMBRO ESQ.
SENHA: 5705957

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - HISTÓRIA INAPROPRIADA?

Especialidade: - CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/06/2019 19:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



BOLETIM DE ANEST

NOME: <u>João Vinícius Barbosa da Silva</u>		CIRURGIA	
CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>6 anos</u>	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
NÚMERO DA CARTEIRA:		TERMO: <u>13h</u>	<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL
GUIA DE INTERNAÇÃO:		ESTADO CIVIL (A):	<input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> V <input type="radio"/> D
SENHA:		HORARIO ESPECIAL:	
		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
DATA DE NASCIMENTO:		DATA:	<u>20</u> / <u>06</u> / <u>19</u>

Diagnostic Pre-Operations

1º Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º* Auxiliares)		2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º* Auxiliares)	
Equipe Anestesiológica		Instrumentador(a)	
Procedimentos Realizados		Códigos	
<p>Coatamento de chumaço</p> <p>+ Enxerto ósseo</p>			

Nome: _____

AGENTES: _____

LÍQUIDOS VENOSOS: _____

COE: _____

ESQ: _____

ENCQ: _____

OLIMPESE: _____

CONDIÇÃO: _____

LOCAL: _____

Pulsos: ☒

PA: ☒ V ☒ A

PA: ☒ T

TEM: ☒

PVC: ☒

Injeção Anest. ☒

Injeção Cliv. ☒

Término Cliv. ☒

RESP: _____

ESP: _____

ABG: _____

CONT: _____

1) Xilo clv 0.1% 5) Deracem 10mg 9) Glutalina 2g

2) Neo clv 0.1% 6) Propofol 4mg 10) Lidocaina 1% 500mg

3) Fentanyl 0.1mg 7) Diprisona 2g 11) AD 0.3mg

4) Propofol 3mg 8) Tioridina 40g 12) O₂ 3l/min p/ 40min

INDUÇÃO: ☒ Inalatória ☒ Oral ☒ Anestesia Regional ☒ Anestesia Regional ☒ Puncão

MANUTENÇÃO: ☒ Venoso ☒ Inalatória ☒ Oral ☒ Anestesia Regional ☒ Anestesia Regional ☒ Puncão

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: ☒ Aspirador ☒ Sonda ☒ ECG ☒ Bp ☒ Oxímetro ☒ Pa Invasivo

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



**HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**

NOTA DE SALA

Nº 059346

PACIENTE: *Adriana Viana Barbosa da Silva*
 CONVÊNIO: *CV?* NÚMERO PRONTUÁRIO: *953072* DATA: *29.06.19*
 CIRURGIÃO: *Dr. Luciano G. Costa* AUXILIAR: *Dr. Jefferson*
 ANESTESISTA: *Dr. Jefferson*

LOCAL: *Sala 05* INÍCIO: *13* FINAL: *14* 90

COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.
1871	ADRENALINA		107376	ADAPTADOR P/ SORO	05			
1880	ÁGUA DESTILADA	200ml	110089	AG. NAQUÍ 2780				
1889	AMFOTERINA		120589	AG. NAQUÍ 2880				
1929	ASAMON		191281	AG. NAQUÍ P/ OBESO 80				
2070	ATROPINA			AGULHA DESCARTAVEL N°	20x12. 4			
20786	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL N°				
1992	ENCARCENADO DE SÓDIO			AGULHA NAQUÍ N°				
8850	CETALUTINA 12	2 poro	2219	ALGODÃO HIDRÓFILO	20x17			
12759	CETAZOLINA 12		9115	ALGODÃO ORTOMÉDICO				
1767	CETRAZOLINA			ATADURA CREPON N°	15	2 poro		
144888	CETROFENOL N°		2358	ATADURA GESSADA				
1930	CLORATO DE POTÁSSIO			BOLSA COLGOSTOMA				
2003	CLORATO DE SÓDIO		211558	CARLA TRACUOSTOMA N°				
5316	CLIXAM (ASCA)	12 poro		CAPI PARA VÍDEO				
8850	CLOROFENACO SÓDICO	2 poro	2429	CATETER GINGIVO	1 poro			
2020	DIPRONA		27880	COLETOR URINA ABERTO				
1672	DIPRAMIDA		22381	COLETOR URINA FECHADO				
32180	EFEDRINA			COMPRESSAS	10 poro			
5130	FENILGUA		143341	COMPRESSAS 25x28				
1028	FURAZEDONA			DRENO PENROSE N°				
4296	GUARANTINA			DRENO SUGUÃO N°				
2018	GLICOSE 50%			DRENO TORAX N°				
8594	GLUCONATO DE CÁLCIO			COMPRESSAS	10 poro			
1336	HEPARINA			DRENO PENROSE N°				
5380	HIDROCORTISONA	1 poro		DRENO SUGUÃO N°				
2062	METOCLOPRAMIDA			DRENO TORAX N°				
27852	NAUSEGON	1 poro	59567	ELETRODO	5 poro			
88506	ONAPROZOL 10mg	1 poro	2585	EQUIPO MACROGOTAS	1 poro			
70181	PROCTIGUINE		287393	EQUIPO P/ INTRASCÓPIA				
10238	QUELUM		2815	ESPIRADOR	2 poro			
28819	RAMITONIA		20117	FITA GLUCEMIA				
70325	SOLAMEROL 500mg		142225	GAZES 7,5x7,5				
403792	TOMAXOL			GAZES	2 poro			
70671	TRAMADOL		3425	GEL FOAM				
70572	TRATE 40mg	1 poro	83617	GLETE				
				GUENDEL N°				
			3468	INTRA-CATH				
				JELCO N°	18	4 poro		
				LÂMINA BESTURI N°	24	1 poro		
			132709	LUVAS 6.5				
			111708	LUVAS 7.0				
			49128	LUVAS 7.5	1 poro			
			9522	LUVAS 8.0	1 poro			
			143670	LUVAS 8.5				
			89752	MICROPORE LARGO				
				SCALPS N°				
			1785	SERINGA DE 0,110				
			1700	SERINGA DE 0,300				
			1719	SERINGA DE 0,500	2 poro			
			3688	SERINGA DE 1,000	3 poro			
			3697	SERINGA DE 2,000	3 poro			
			341797	SERINGA DE 5,000 (5cc) (sinalo)				
				SONDA FOLEY N°				
				SONDA NELATON				
				SONDA NSQ				
				SONDA RETAL				
			53637	SURGICEL				
			4081	TORNEIRA 82 VIAS	1 poro			
				TUBO ENDOTRAQUEAL N°				

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HISTÓRICO

PACIENTE: **JOÃO V DA SILVA**
 Nº DO ATENDIMENTO: **06/19**
 DATA DA OPI: **06/19**
 OPERADOR: **Dr. Luciano**
 1º AUXILIAR: **Dr. Luciano**
 2º AUXILIAR: **Dr. Luciano**
 INSTRUMENTADOR: **Dr. Luciano**
 ANESTESISTA: **Dr. Luciano**
 DIAGNÓSTICO: **Gravidez de 34 semanas e 1 dia**
 TIPO DE OPI: **Gravidez de 34 semanas e 1 dia**
 DIAGNÓSTICO: **Gravidez de 34 semanas e 1 dia**
 RELATÓRIO: **Gravidez de 34 semanas e 1 dia**
 EXAME RADIOLÓGICO: **Gravidez de 34 semanas e 1 dia**
 ATENDENTE: **Gravidez de 34 semanas e 1 dia**

1- 39006042
 2- 38016010

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

1. Anestesia geral
2. Colocação do campo
3. Incisão na vulva
4. Retirada cirúrgica do feto
5. Colocação de suturas ósseas
6. Lavar com água
7. Curativo



HAT HOSPITAL
ANTONIO TURPIN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: JOÃO VINCENÇA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR IDADE: 16
Sexo: M LEITO: 72 MEDICO: Dr. Luciano Cordeiro
DATA: 21/06/19

Paciente no 12 dia PÓS (cirurgia @),
Aeroso, consciente, N.O.?, em A.T.O.,
em marcha, dor no @, Agindo sobre
o @, deambulando, sem dor excessiva
de exposição, todo limpo, visto
pelo @ em exames de @.

+

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: JOÃO VÍCTOR BARBOSA DA SILVA IDADE: 16
AU: CLÍNICA LEITO: 20 MEDICO: Dr. Luciano Siqueira
DATA: 20 / 06 / 18

ANOTAÇÕES

Paciente consciente, orientado,
avaliado, os dados são bons
Realizar curativo, 2x24h, em
ferida, com curativo (1), e curativo
curativo de sutura.

Assinado e Autenticado
Bianca Baston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 117863

TAREFAS

Paciente em POI de natureza de eletuário, consciente,
orientado, curativo, e curativo, realizado com 2 de
curativo, em 24h, com curativo.

Bianca Baston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 117863

NOTAS


Paciente em estado estável em pós-operatório
mediante realização feito curativo e
curativo.

Assinado e Autenticado
Margarita Lima Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 117863

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



 HOSPITAL ANTONIO TARGHEO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>Sra. Sônia Maria de Fátima</u>	IDADE: <u>16</u>	
	ALIA: <u>Carla</u>	LEITO: <u>22</u>	MÉDICO: <u>Dr. Luciano Silva</u>
DATA: <u>12/06/18</u>			

MANHÃ

Paciente Sônia Maria de Fátima,
 16 anos, brasileira, solteira,
 Fatores comuns dia 20/06/18
 Clavícula ⊕, Abuso de Amoxicilina,
 A.C.P. 204 07.3, 04 unidades, 20/06/18
 Manuseio, segue em observação

Manuseio anexo ao relatório

Fls. 123456789
 12 de 12
 12/06/18

TARDE

Paciente consciente, orientado, com AVP, deambulando,
 diurese ⊕, em uso de ATB, medicado ACM, alérgico a
 Amoxicilina, para cirurgia amanhã, laboratório em
 anexo, segue aos cuidados

Fls. 123456789
 12 de 12
 12/06/18

NOITE

Paciente com quadro geral estável, consciente e
 orientado, supine, em ventilação mecânica, sem
 operatório, em dieta zero. Segue aos cuidados gerais
 SSVU

Dalyana Kelly de C. Santos
 T.E.C. DE ENFERMAGEM
 COREN-PR 124236-11

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DATA: 21/06/19

DIAGNÓSTICO:

MEDICAMENTOS:

HORÁRIO:

EVOLUÇÃO MÉDICA:

21/06/19

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

CRM: 108817/MG

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



ANT
ANTONIO TASCIF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VIAJE: San Vitoria do Gasteau em São Paulo
Nº: Carreira LEITO: 72 CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO: Doença de M. ALZHEIMER DATA: 20/06/12

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) <u>Atorva 10mg</u>				
2) <u>R2 10mg EV</u>	<u>18</u>	<u>06</u>		
3) <u>Levodopa - 250mg EV</u>	<u>18</u>	<u>06</u>	<u>06</u>	
4) <u>Doleren 75mg</u>	<u>18</u>	<u>06</u>		
5) <u>Singura 200mg EV</u>	<u>18</u>	<u>06</u>	<u>06</u>	
6) <u>Clonazepam 1mg</u>				

EVOLUÇÃO MÉDICA

Doença de M. ALZHEIMER

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

YVES VIEIRA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ALIA:

Cirurgia

LEITO: 72

CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA:

18/06/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

- 1) Dose única
- 2) 100 mg/ml EV
- 3) Cefotaxima - 50g
EV 8h
- 4) Voltaren 75 - 50g
EV 12/12h
- 5) Difenidramina 2cc EV
6h
- 6) Clonazepam 1mg IV

2					
12	24				
12	20	04			
18	06				
12	18	24	06		
02					

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente internado no P1 Cirurgia.
em 07/06/18

Dr. YVES VIEIRA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 19/06/2019
HORA: 19:34:40

Prontuário 953072	Arrendamento 2349017	Reserva/Guia AMBULATORIO
Paciente JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA (CPF: 11417444881)	Sexo Est. Civil M	Di. Nasc. 25/12/2002
Endereço SERROTE DOZ MAGROS Bairro	Núm. Complemento	Telefone R.G. 983798451
Nome da Mãe JANEITE BARBOSA DE AQUAR	Cidade BARRA DE SÃO MIGUEL	Profissão
Responsável JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA	Endereço RUA	Código CNP 7093296287434
Bairro SANTA TEREZA	Cidade BARRA DE SÃO MIGUEL	UF PB
Médico Atendente VIVIS LUCIANO GUDES BORGES (CRM: 34511) (CPF: 43448831434)	Médico Acompanhante LUCIANO GUDES BORGES (CRM: 34511) (CPF: 43448831434)	Cep 50130000
Procedimento	Cid	Telefone 21955009
Setor 3009 SECRETARIA SUE	Convênio 60 SUS	Origem
Acomodação ROSTO - ENFERMARIA - LEITO	Data adm. para alta - 19/06/2019	Data máx. para alta - 19/06/2019
Alto - 1	Alto - 2	Alto - 3
Alto - 4	Alto - 5	Alto - 6
Alto - 7	Alto - 8	Alto - 9
Alto - 10	Alto - 11	Alto - 12
Alto - 13	Alto - 14	Alto - 15
Alto - 16	Alto - 17	Alto - 18
Alto - 19	Alto - 20	Alto - 21
Alto - 22	Alto - 23	Alto - 24
Alto - 25	Alto - 26	Alto - 27
Alto - 28	Alto - 29	Alto - 30
Alto - 31	Alto - 32	Alto - 33
Alto - 34	Alto - 35	Alto - 36
Alto - 37	Alto - 38	Alto - 39
Alto - 40	Alto - 41	Alto - 42
Alto - 43	Alto - 44	Alto - 45
Alto - 46	Alto - 47	Alto - 48
Alto - 49	Alto - 50	Alto - 51
Alto - 52	Alto - 53	Alto - 54
Alto - 55	Alto - 56	Alto - 57
Alto - 58	Alto - 59	Alto - 60
Alto - 61	Alto - 62	Alto - 63
Alto - 64	Alto - 65	Alto - 66
Alto - 67	Alto - 68	Alto - 69
Alto - 70	Alto - 71	Alto - 72
Alto - 73	Alto - 74	Alto - 75
Alto - 76	Alto - 77	Alto - 78
Alto - 79	Alto - 80	Alto - 81
Alto - 82	Alto - 83	Alto - 84
Alto - 85	Alto - 86	Alto - 87
Alto - 88	Alto - 89	Alto - 90
Alto - 91	Alto - 92	Alto - 93
Alto - 94	Alto - 95	Alto - 96
Alto - 97	Alto - 98	Alto - 99
Alto - 100	Alto - 101	Alto - 102
Alto - 103	Alto - 104	Alto - 105
Alto - 106	Alto - 107	Alto - 108
Alto - 109	Alto - 110	Alto - 111
Alto - 112	Alto - 113	Alto - 114
Alto - 115	Alto - 116	Alto - 117
Alto - 118	Alto - 119	Alto - 120
Alto - 121	Alto - 122	Alto - 123
Alto - 124	Alto - 125	Alto - 126
Alto - 127	Alto - 128	Alto - 129
Alto - 130	Alto - 131	Alto - 132
Alto - 133	Alto - 134	Alto - 135
Alto - 136	Alto - 137	Alto - 138
Alto - 139	Alto - 140	Alto - 141
Alto - 142	Alto - 143	Alto - 144
Alto - 145	Alto - 146	Alto - 147
Alto - 148	Alto - 149	Alto - 150
Alto - 151	Alto - 152	Alto - 153
Alto - 154	Alto - 155	Alto - 156
Alto - 157	Alto - 158	Alto - 159
Alto - 160	Alto - 161	Alto - 162
Alto - 163	Alto - 164	Alto - 165
Alto - 166	Alto - 167	Alto - 168
Alto - 169	Alto - 170	Alto - 171
Alto - 172	Alto - 173	Alto - 174
Alto - 175	Alto - 176	Alto - 177
Alto - 178	Alto - 179	Alto - 180
Alto - 181	Alto - 182	Alto - 183
Alto - 184	Alto - 185	Alto - 186
Alto - 187	Alto - 188	Alto - 189
Alto - 190	Alto - 191	Alto - 192
Alto - 193	Alto - 194	Alto - 195
Alto - 196	Alto - 197	Alto - 198
Alto - 199	Alto - 200	Alto - 201
Alto - 202	Alto - 203	Alto - 204
Alto - 205	Alto - 206	Alto - 207
Alto - 208	Alto - 209	Alto - 210
Alto - 211	Alto - 212	Alto - 213
Alto - 214	Alto - 215	Alto - 216
Alto - 217	Alto - 218	Alto - 219
Alto - 220	Alto - 221	Alto - 222
Alto - 223	Alto - 224	Alto - 225
Alto - 226	Alto - 227	Alto - 228
Alto - 229	Alto - 230	Alto - 231
Alto - 232	Alto - 233	Alto - 234
Alto - 235	Alto - 236	Alto - 237
Alto - 238	Alto - 239	Alto - 240
Alto - 241	Alto - 242	Alto - 243
Alto - 244	Alto - 245	Alto - 246
Alto - 247	Alto - 248	Alto - 249
Alto - 250	Alto - 251	Alto - 252
Alto - 253	Alto - 254	Alto - 255
Alto - 256	Alto - 257	Alto - 258
Alto - 259	Alto - 260	Alto - 261
Alto - 262	Alto - 263	Alto - 264
Alto - 265	Alto - 266	Alto - 267
Alto - 268	Alto - 269	Alto - 270
Alto - 271	Alto - 272	Alto - 273
Alto - 274	Alto - 275	Alto - 276
Alto - 277	Alto - 278	Alto - 279
Alto - 280	Alto - 281	Alto - 282
Alto - 283	Alto - 284	Alto - 285
Alto - 286	Alto - 287	Alto - 288
Alto - 289	Alto - 290	Alto - 291
Alto - 292	Alto - 293	Alto - 294
Alto - 295	Alto - 296	Alto - 297
Alto - 298	Alto - 299	Alto - 300
Alto - 301	Alto - 302	Alto - 303
Alto - 304	Alto - 305	Alto - 306
Alto - 307	Alto - 308	Alto - 309
Alto - 310	Alto - 311	Alto - 312
Alto - 313	Alto - 314	Alto - 315
Alto - 316	Alto - 317	Alto - 318
Alto - 319	Alto - 320	Alto - 321
Alto - 322	Alto - 323	Alto - 324
Alto - 325	Alto - 326	Alto - 327
Alto - 328	Alto - 329	Alto - 330
Alto - 331	Alto - 332	Alto - 333
Alto - 334	Alto - 335	Alto - 336
Alto - 337	Alto - 338	Alto - 339
Alto - 340	Alto - 341	Alto - 342
Alto - 343	Alto - 344	Alto - 345
Alto - 346	Alto - 347	Alto - 348
Alto - 349	Alto - 350	Alto - 351
Alto - 352	Alto - 353	Alto - 354
Alto - 355	Alto - 356	Alto - 357
Alto - 358	Alto - 359	Alto - 360
Alto - 361	Alto - 362	Alto - 363
Alto - 364	Alto - 365	Alto - 366
Alto - 367	Alto - 368	Alto - 369
Alto - 370	Alto - 371	Alto - 372
Alto - 373	Alto - 374	Alto - 375
Alto - 376	Alto - 377	Alto - 378
Alto - 379	Alto - 380	Alto - 381
Alto - 382	Alto - 383	Alto - 384
Alto - 385	Alto - 386	Alto - 387
Alto - 388	Alto - 389	Alto - 390
Alto - 391	Alto - 392	Alto - 393
Alto - 394	Alto - 395	Alto - 396
Alto - 397	Alto - 398	Alto - 399
Alto - 400	Alto - 401	Alto - 402
Alto - 403	Alto - 404	Alto - 405
Alto - 406	Alto - 407	Alto - 408
Alto - 409	Alto - 410	Alto - 411
Alto - 412	Alto - 413	Alto - 414
Alto - 415	Alto - 416	Alto - 417
Alto - 418	Alto - 419	Alto - 420
Alto - 421	Alto - 422	Alto - 423
Alto - 424	Alto - 425	Alto - 426
Alto - 427	Alto - 428	Alto - 429
Alto - 430	Alto - 431	Alto - 432
Alto - 433	Alto - 434	Alto - 435
Alto - 436	Alto - 437	Alto - 438
Alto - 439	Alto - 440	Alto - 441
Alto - 442	Alto - 443	Alto - 444
Alto - 445	Alto - 446	Alto - 447
Alto - 448	Alto - 449	Alto - 450
Alto - 451	Alto - 452	Alto - 453
Alto - 454	Alto - 455	Alto - 456
Alto - 457	Alto - 458	Alto - 459
Alto - 460	Alto - 461	Alto - 462
Alto - 463	Alto - 464	Alto - 465
Alto - 466	Alto - 467	Alto - 468
Alto - 469	Alto - 470	Alto - 471
Alto - 472	Alto - 473	Alto - 474
Alto - 475	Alto - 476	Alto - 477
Alto - 478	Alto - 479	Alto - 480
Alto - 481	Alto - 482	Alto - 483
Alto - 484	Alto - 485	Alto - 486
Alto - 487	Alto - 488	Alto - 489
Alto - 490	Alto - 491	Alto - 492
Alto - 493	Alto - 494	Alto - 495
Alto - 496	Alto - 497	Alto - 498
Alto - 499	Alto - 500	Alto - 501
Alto - 502	Alto - 503	Alto - 504
Alto - 505	Alto - 506	Alto - 507
Alto - 508	Alto - 509	Alto - 510
Alto - 511	Alto - 512	Alto - 513
Alto - 514	Alto - 515	Alto - 516
Alto - 517	Alto - 518	Alto - 519
Alto - 520	Alto - 521	Alto - 522
Alto - 523	Alto - 524	Alto - 525
Alto - 526	Alto - 527	Alto - 528
Alto - 529	Alto - 530	Alto - 531
Alto - 532	Alto - 533	Alto - 534
Alto - 535	Alto - 536	Alto - 537
Alto - 538	Alto - 539	Alto - 540
Alto - 541	Alto - 542	Alto - 543
Alto - 544	Alto - 545	Alto - 546
Alto - 547	Alto - 548	Alto - 549
Alto - 550	Alto - 551	Alto - 552
Alto - 553	Alto - 554	Alto - 555
Alto - 556	Alto - 557	Alto - 558
Alto - 559	Alto - 560	Alto - 561
Alto - 562	Alto - 563	Alto - 564
Alto - 565	Alto - 566	Alto - 567
Alto - 568	Alto - 569	Alto - 570
Alto - 571	Alto - 572	Alto - 573
Alto - 574	Alto - 575	Alto - 576
Alto - 577	Alto - 578	Alto - 579
Alto - 580	Alto - 581	Alto - 582
Alto - 583	Alto - 584	Alto - 585
Alto - 586	Alto - 587	Alto - 588
Alto - 589	Alto - 590	Alto - 591
Alto - 592	Alto - 593	Alto - 594
Alto - 595	Alto - 596	Alto - 597
Alto - 598	Alto - 599	Alto - 600
Alto - 601	Alto - 602	Alto - 603
Alto - 604	Alto - 605	Alto - 606
Alto - 607	Alto - 608	Alto - 609
Alto - 610	Alto - 611	Alto - 612
Alto - 613	Alto - 614	Alto - 615
Alto - 616	Alto - 617	Alto - 618
Alto - 619	Alto - 620	Alto - 621
Alto - 622	Alto - 623	Alto - 624
Alto - 625	Alto - 626	Alto - 627
Alto - 628	Alto - 629	Alto - 630
Alto - 631	Alto - 632	Alto - 633
Alto - 634	Alto - 635	Alto - 636
Alto - 637	Alto - 638	Alto - 639
Alto - 640	Alto - 641	Alto - 642
Alto - 643	Alto - 644	Alto - 645
Alto - 646	Alto - 647	Alto - 648
Alto - 649	Alto - 650	Alto - 651
Alto - 652	Alto - 653	Alto - 654
Alto - 655	Alto - 656	Alto - 657
Alto - 658	Alto - 659	Alto - 660
Alto - 661	Alto - 662	Alto - 663
Alto - 664	Alto - 665	Alto - 666
Alto - 667	Alto - 668	Alto - 669
Alto - 670	Alto - 671	Alto - 672
Alto - 673	Alto - 674	Alto - 675
Alto - 676	Alto - 677	Alto - 678
Alto - 679	Alto - 680	Alto - 681
Alto - 682	Alto - 683	Alto - 684
Alto - 685	Alto - 686	Alto - 687
Alto - 688	Alto - 689	Alto - 690
Alto - 691	Alto - 692	Alto - 693
Alto - 694	Alto - 695	Alto - 696
Alto - 697	Alto - 698	Alto - 699
Alto - 700	Alto - 701	Alto - 702
Alto - 703	Alto - 704	Alto - 705
Alto - 706	Alto - 707	Alto - 708
Alto - 709	Alto - 710	Alto - 711
Alto - 712	Alto - 713	Alto - 714
Alto - 715	Alto - 716	Alto - 717
Alto - 718	Alto - 719	Alto - 720
Alto - 721	Alto - 722	Alto - 723
Alto - 724	Alto - 725	Alto - 726
Alto - 727	Alto - 728	Alto - 729
Alto - 730	Alto - 731	Alto - 732
Alto - 733	Alto - 734	Alto - 735
Alto - 736	Alto - 737	Alto - 738
Alto - 739	Alto - 740	Alto - 741
Alto - 742	Alto - 743	Alto - 744
Alto - 745	Alto - 746	Alto - 747
Alto - 748	Alto - 749	Alto - 750
Alto - 751	Alto - 752	Alto - 753
Alto - 754	Alto - 755	Alto - 756
Alto - 757	Alto - 758	Alto - 759
Alto - 760	Alto - 761	Alto - 762
Alto - 763	Alto - 764	Alto - 765
Alto - 766	Alto - 767	Alto - 768
Alto - 769	Alto - 770	Alto - 771
Alto - 772	Alto - 773	Alto - 774
Alto - 775	Alto - 776	Alto - 777
Alto - 778	Alto - 779	Alto - 780
Alto - 781	Alto - 782	Alto - 783
Alto - 784	Alto - 785	Alto - 786
Alto - 787	Alto - 788	Alto - 789
Alto - 790	Alto - 791	Alto - 792
Alto - 793	Alto - 794	Alto - 795
Alto - 796	Alto - 797	Alto - 798
Alto - 799	Alto - 800	Alto - 801
Alto - 802	Alto - 803	Alto - 804
Alto - 805	Alto - 806	Alto - 807
Alto - 808	Alto - 809	Alto - 810
Alto - 811	Alto - 812	Alto - 813
Alto - 814	Alto - 815	Alto - 816
Alto - 817	Alto - 818	Alto - 819
Alto - 820	Alto - 821	Alto - 822
Alto - 823	Alto - 824	Alto - 825
Alto - 826	Alto - 827	Alto - 828
Alto - 829	Alto - 830	Alto - 831
Alto - 832	Alto - 833	Alto - 834
Alto - 835	Alto - 836	Alto - 837
Alto - 838	Alto - 839	Alto - 840
Alto - 841	Alto - 842	Alto - 843
Alto - 844	Alto - 845	Alto - 846
Alto - 847	Alto - 848	Alto - 849
Alto - 850	Alto - 851	Alto - 852
Alto - 853	Alto - 854	Alto - 855
Alto - 856	Alto - 857	Alto - 858
Alto - 859	Alto - 860	Alto - 861
Alto - 862	Alto - 863	Alto - 864
Alto - 865	Alto - 866	Alto - 867
Alto - 868	Alto - 869	Alto - 870
Alto - 871	Alto - 872	Alto - 873
Alto - 874	Alto - 875	Alto - 876
Alto - 877	Alto - 878	Alto - 879



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: João Vinícius Barbosa da Silva

Encaminhado ao HRA

Paciente 47 anos, vítima de queda
de muro, refere dor em região supra-
clavicular esquerda. Apresenta abor-
tamento na região e limitação de
movimento.

E/F: BEB, eufórico, corado, hidratado,
G: IS, pupilas isocóricas e IT6.

Rx: Fratura Clavícula (E).

Solicita avaliação do traumatologista!

Senh: 5705957. HRA

Grato!

Data: 14/06/19


MÉDICO

Nome: _____	Rg: _____
Medicamentos: _____	
Data: ____/____/____	MÉDICO: _____

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DATA DO ACIDENTE: 14/6/19 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14/6/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: José Vinícius Barbosa Silva

LESÃO RESULTANTE DO ACIDENTE: Fratura de clavícula (E)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de clavícula (E) Alta: 21/6/19

ALTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATENDENDO-SE

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO Atingido

1º Período: período de consolidação da fratura

2º do membro com perda de rotatividade

3º interna e externa: com perda de flexão e extensão

4º 75% - grave

ASSINATURA DO MÉDICO: Victor C. Capim

ASSINATURA DO PERITO: [Assinatura]

DATA: 17/8/19

CRM: 23144

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E INVESTIGACAO



POLEGAR DIREITO



João Camilino Barbosa dos Reis

CARTERA DE IDENTIDADE



10.955.644 05/01/2019

<< JOÃO VINÍCIUS BARBOSA DA SILVA >>

<< CRISTIANO FERREIRA DA SILVA >>

<< DANETE BARBOSA DE AGUIAR >>

25/12/2002

CHUARI - PE

<< CN. 70.542 L. 59 F. 146 CART. 2003 CHUARI-PE 06.05.2003 >>

114.174.444-93

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior





Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

114.174.444-95

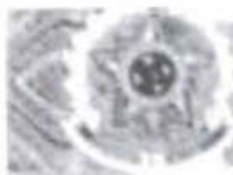
Nome

JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

Nascimento

25/12/2002





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE POLÍCIA
CAPTURA NACIONAL DE FUGITIVOS



NOME

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

7175384 SDS PE

CPF

055.963.264-96

DATA NASCIMENTO

25/04/1984

FILIAÇÃO

JOACI CASSIANO DE AGUIAR

MARIA ESTELA BARBOSA D
E AGUIAR

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

B

Nº REGISTRO

06951283523

VALIDADE

13/03/2022

1ª HABILITAÇÃO

13/11/2017

OBSERVAÇÕES

Janete Barbosa de Aguiar

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO

10/12/2018

Charles Andrews Louca Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

01849351388
PE089668650

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754448008

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754448008

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200074797 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DO OMBRO DE 14 CM DE COMPRIMENTO, PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM OMBRO, ATROFIA EM REGIÃO SUPRA ESPINHAL ATÉ REGIÃO DELTOIDE DE MODERADA INTENSIDADE, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM USO DE PLACA 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 20/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/03/2020

Conduta mantida:

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060551/20

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

CPF: 114.174.444-95

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/06/2019

Titular do CPF: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JANETE BARBOSA DE AGUIAR : 055.963.264-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA : 114.174.444-95

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: 13/02/2020
Nome: JANETE BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 055.963.264-96

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060551/20

Número do Sinistro: 3200074797

Vítima: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

CPF: 114.174.444-95

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 02/03/2020
Nome: JANETE BARBOSA DE AGUIAR
CPF: 055.963.264-96

JANETE BARBOSA DE AGUIAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200074797**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO VINICIUS BARBOSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Josefa Maria de Jesus, 153 - Sta Tereza - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55195-193

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] .

Data e local do acidente: [**14/06/2019**] **SANTA CRUZ PE**

Data e local do exame: [**16/03/2020**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DO OMBRO DE 14 CM DE COMPRIMENTO, PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM OMBRO, ATROFIA EM REGIÃO SUPRA ESPINHAL ATÉ REGIÃO DELTOIDE DE MODERADA INTENSIDADE, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA COM USO DE PLACA 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 20/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedista e Cirurgião de Mão
CRM: 8085 - CRM: 8085 - CRM: 8085
TEOD 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

