

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190668170**

**Vítima: JOSE GILBERTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE GILBERTO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190668170**

**Vítima: JOSE GILBERTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE GILBERTO DA SILVA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190668170**      **Vítima: JOSE GILBERTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/04/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE GILBERTO DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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: JOSE GILBERTO DA SILVA**

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

**Banco: 237**

**Agência: 000006990-6**

**Conta: 000001795-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

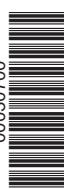
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

099.324.374.91

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ GILBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOSÉ GILBERTO DA SILVA

6 - CPF:

099.324.374-97

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA TEREZA MARCONA

9 - Número:

398

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

IBEO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

M.adelein@antil.com

16 - Tel.(DDD) 81.38216-6577  
81.39832-9777

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ 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):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 6990

CONTA:

000 3795

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

## 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, desse modo, em me submeter à análise médica preconizada, caso necessário, 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 discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velhoce)?  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 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru PE 26 de novembro de 2013

\* José Gilberto da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Foto 001 180x710x1000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107<sup>a</sup>  
CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS  
- DP107<sup>a</sup>CIRC DINTER1/17<sup>a</sup>DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0197001080**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/11/2019 às 11:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL. - Culpa(s) (Consumatória) que aconteceu no dia 28/4/2018 às 09:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, LAGOA DOS MANDANTES - bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Lugar do Fato: VIA PÚBLICA

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JUNIOR JOSÉ DA SILVA (OUTRO)  
JOSÉ GILBERTO DA SILVA (VITIMA)



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na gareção da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a): JOSÉ GILBERTO DA SILVA  
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s):

JOSÉ GILBERTO DA SILVA (presente ao plantão). Sexo: Masculino Mãe: MARIA CICERA DA SILVA Pai: ISMAEL SEBASTIÃO DA SILVA Data de Nascimento: 19/4/1967 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7667552/SDS/PE (RG), 09912437497 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 81993456910

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BELO JARDIM, 398, RUA TEREZA MENDONÇA (CENTRO SERRA DOS VENTOS) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

desconhecido (não presente no plantão). Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

JONIOR JOSE DA SILVA (não presente no plantão). Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeta(s) envolvido(s)

Vítima (titular da propriedade do(a) Sr(a)): JOSE GILBERTO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE GILBERTO DA SILVA

Categoría/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO

INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLU2477 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 543823805 Chassi: 9C2KCC1670DR02863

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NA DATA CITADA, AO PASSAR PELA LOCALIDADE DE LAGOA DOS MANDANTES, UM CARRO QUE LHA SAINDO DESTA LOCALIDADE, INVADIU A PISTA, E A VÍTIMA PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO, DESVIOU PARA CONTRA MÃO, ONDE OUTRO VEÍCULO VINHA NESTA DIREÇÃO, ENTÃO RESTOU A VÍTIMA SAIR PELO ACOSTAMENTO, ONDE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUE PILOTAVA, CAINDO DA MESMA. COM A QUEDA, A VÍTIMA FRATUROU O PUNHO ESQUERDO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE CARUARU, SENDO TRASFERIDO PARA O REGIONAL DE CARUARU QUE O ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL DE BEZERROS ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

\* José Gilberto da Silva  
JOSE GILBERTO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE WILSON DE BARROS CORREIA - Matr. 0550639-0



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

099.324.374.91

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ GILBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOSÉ GILBERTO DA SILVA

6 - CPF:

099.324.374-97

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA TEREZA MARCONA

9 - Número:

398

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

IBEO JARDIM

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

M.adelein@antil.com

16 - Tel.(DDD) 81.382168577  
81.398329777

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ 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):

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6990

CONTA: 000 3795 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 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, desse modo, em me submeter à análise médica preconizada, caso necessário, 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 discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado  
d. v. da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do  
d. f. 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 (velhoce)?  
 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 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru PE 26 de novembro de 2013

\* José Gilberto da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

AGESTAVO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

**Paciente:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**Atendimento:** 01107323

**Data Nascimento:** 13/04/1987    **Idade:** 31 Anos, 0 Mês e 15 Dias

**Prontuário:** 00445150

**Sexo:** Masculino

### História Atual:

PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO

### Exame Físico:

DOR + EDEMA E LIMITAÇÃO DE ADM

### Exames Complementares/Resultados:

RX

### Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA DE FECHADA DE RÁDIO DISTAL D

### Conduta:

AO HRA

**SENHA:**

**COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:**

SIM

NÃO

### Transferido / Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

### Motivo:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Data: 28 DE ABRIL DE 2018

Hora: 11:20

Ass. e CRM do Médico

Dr(a): OBERDAN RIBEIRO GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM - 20644

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GILBERTO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06990-6

CONTA: 00000001795-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO080120200500000000023706990000000001795236250 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inst. Est. 0005943-93 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

MARINA VARTA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

CPF 090 673 404-56 NIS 18377896779

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
BAIXA RENDIMENTO

**LINTERVENSERIALUS VENTUS  
BELO JARDIM PE  
55180-000**

0-4191979	UNICA	26/09/2018
26/09/2018	2014425355	0169448

**DATA CONTRATO**  
**7021224337**

**PERÍODO**  
**09/2019**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**03/10/2019**

**DATA PRÓXIMA PAGAMENTO**  
**29/10/2019**

**TOTAL A PAGAR**  
**23,50**

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	4,18138125	5,75
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,33911071	10,86
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Multa por atraso-NF 071559815 - 29/07/19			0,46
Juros por atraso-NF 071559815 - 28/07/19			0,20
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (067) 3821-1642			2,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			

**TOTAL DA FAUBA**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUMADA (CAT)	ANTERIOR DATA 26-08-2013	LEITURA 2140,09	ATUAL DATA 26-08-2013	LEITURA 2137,63	Nº DE DIAS 27	CONSTITUENTE	ARRESTE	CONSUMO (kg/m³)
315.94-16.31							1.30000		63,00



**INFORMAÇÕES INFORMATIVAS** - A 6 de outubro, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou o Decreto nº 10.400, que estabelece normas para a realização de exames de laboratório e de ensaios clínicos em laboratórios de análises clínicas. O decreto é resultado da aprovação da Resolução CFM nº 2.222, de 20 de junho de 2012, que regulamenta a realização de exames de laboratório e de ensaios clínicos em laboratórios de análises clínicas. O decreto estabelece que os exames de laboratório e de ensaios clínicos devem ser realizados por profissionais de saúde habilitados, com competência e experiência na área de atuação, e que os resultados devem ser emitidos em prazo não superior a 48 horas. O decreto também estabelece que os resultados dos exames de laboratório e de ensaios clínicos devem ser emitidos em prazo não superior a 48 horas.

**ATENÇÃO! CEI REINFÓRCA: NÃO FAZER PESQUISA SEM APROVAÇÃO É ILÍGAL**

**EMATÉS DAS DÉNTES EXISTENTES**

Ventas	Diferencia	Venta	Ventas	Diferencia
240000	30000	210000	210000	30000

Este concurso de belleza es abierto a todos los jóvenes de 18 a 25 años que no estén casados ni conviviendo en matrimonio y que no tengan hijos. Los participantes deben ser de cultura popular, de procedencia campesina o de otra que no sea la urbana. Los concursantes deben ser de nacionalidad argentina y tener al menos 18 años cumplidos al momento de la inscripción. Los premios incluyen un viaje a un destino turístico elegido por el jurado, una noche en un hotel de lujo y una cena en un restaurante reconocido.

Al-*Quds* (Jerusalem),  
International Association for  
Arabs in America,  
#1-42011, Weston, Florida,  
1970-71, contains a collection of  
articles from the *Arab American*  
newspaper, 1970-71, 1971-72.

DELO SISTEMA	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,67	11,34	22,68
FIC	0,00	3,33	6,66	13,32
DEBEC	0,00	3,33	6,66	13,32
Total DCR 12,32		EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema		

THERMOCHEMISTRY

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330

## DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO  
R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260  
INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000 GRUPO:3 DEB. AUTOMATICO: 006336914

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A03P002937	DATA LEIT. ANTERIOR 25/10/2019	DATA LEIT. ATUAL 25/11/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

## ÁGUA:

LEIT ANT: 1728 CONSUMO:13  
LEIT ATU: 1741  
LEIT FAT: 1741

HISTÓRICO DE CONSUMO.  
REFERÊNCIA CONSUMO

10/2019	18	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
09/2019	12	TURBIDEZ	169	169	158
08/2019	18	COR APARENTE	169	169	112
07/2019	17	CLORO RESIDUAL	169	169	169
06/2019	16	COLIF. TOTAIS	169	169	169
05/2019	15	E. COLI	169	169	169
MEDIA:	16		169	169	169

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M <sup>3</sup> - 44,08 POR UNIDADE	10 M <sup>3</sup>	44,08
11 M <sup>3</sup> A 20 M <sup>3</sup> - R\$ 5,05 POR M <sup>3</sup>	3 M <sup>3</sup>	15,15
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		1,71
JUROS DE MORA 09/2019		0,30

IMPRESSO EM: 25/11/2019 10:29:28



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 386.058.134 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José GILBERTO DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.324.374-97

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ GILBERTO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.324.374-97 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <b>RUA COLOMBIA</b>	Número: <b>43</b>	Complemento:
Bairro: <b>MAURICIO DE NASSAU</b>	Cidade: <b>CARUARU</b>	Estado: <b>PE</b>
E-mail: <b>msseguro.jandoir@gmail.com</b>		Tel.(DDD): <b>81 99832-9777//81 98216-6977</b>

Local e Data: Caruaru,

  
Assinatura do Declarante



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

Jesupest de Bo

Oráculos ~~300~~ 2800

a esqts 6,16 +  
0+ 0+

Palanque ~~120~~ 110

a esqts 3x10

30/04/00

Jao Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - 509



NOME: José Gisuto de Souza

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: lateral na clavida CID-10: S52.6, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 30/11/2013. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial

4 meses mês 60 gr.  
11/05/14 no tissulo 01/02/14

Bezerros, 01/04/14

*João Marilton V. Costa  
Traumato - Ortopedia  
CRM - 5980*



# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE GILBERTO DA SILVA Atendimento: 409710 Prontuário: 270981  
Data Nasc.: 13/04/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
CPF: RG: CNS: 162033980720000  
Endereço: RUA TEREZA MENDONCA Nº: 0  
Bairro: TEREZA MENDOCA Cidade: BELO JARDIM Estado: PE  
CEP: 55150000 Fone: 99789587 Profissão: AGRICULTOR  
Nome da Mãe: MARIA CICERA DA SILVA  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO Data: 25/04/2018 11:42

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente motocicleta c/ dor no pé direito

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Edem e hiperemia da mama

Diag. Provisório:

Fx Rodo destaz dor.

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

① Internar

02.04.2018 - 03.04.2018  
DEPARTAMENTO DE S. JUANES  
DEPARTAMENTO DE ORTOPEDISTA

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fernando Gólio da Siba

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2 4 0 9 8 1

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

116 210339807120000

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/04/89

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Cícera da Siba

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

99 3795874

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

— —

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

1

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Trav. José Rabelinho Dóis  
Belo Horizonte

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de Acidente Automobilístico com trauma na região do lúpus (NO)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

União da Vitória

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Trauma ósseo dist.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS

( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

KME

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

28/04/18



409769

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

<b>1 - Identificação do Paciente</b>		Data Int.: 28/04/2018 17:55	Atendimento: 409759	Nº AIH:
Nome: JOSE GILBERTO DA SILVA		Prontuário: 270981		
Data Nasc.:	13/04/1987	Idade: 31	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
CPF:	RG:		CNS: 162033980720000	Religião:
Endereço: TRAVESSA JOSE ROBALINHO		Nº: 0		
Bairro: CENTRO		Cidade: BELO JARDIM	Estado: PE	
CEP: 55150121	Fone: 99789587	Profissão: AGRICULTOR		
Nome da Mãe: MARIA CICERA DA SILVA				
Nome do Conjugue:				
Nome:				
Parentesco:		RG:	Fone: <i>Cachorro HJP</i>	
<b>2 - Internar Para</b>				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA				
Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO		Leito: CORREDOR - EMERG ADULT		
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):		CID: _____		
Procedimento Solicitado:		CÓD.:		
Procedimento Realizado:		CÓD.:		
<b>3 - Atendimento Médico</b>				
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo
Méd. Assist. Ass./Carimbo				
<b>4 - Procedimentos Especiais</b>				
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL				
<b>5 - História Clínica</b>				
<b>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b>				
<b>MOTIVO DE ALTA</b>				
DATA DE INTERNAMENTO  28/04/2018 17:55		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**  
**Hospital Regional do Agreste**

Rx ok

**Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem**

## Unidade de Saúde:

attend: rogpd

**Nome do Paciente:**

Los Gobatos de Shy ~~vee~~

## **Enfermaria:**

Leito:

Registro N°: 290951

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO			
				06:00	12:00	18:00	24:00
28/01/18		① Dieta leve. ② Diprospan 01cp ls 6/6hs ③ Cimenzol 100mg 01cp ls 12/12hs ④ SSW + 0066 71	26-26-26-26	TEMP.			
				DIURESE			
				S.N.G			
				P.A			
				DRENAGEM TORÁCICA			
				DRENOS KHER			
		Dr. Jamundo Honorato da S. Júnior TRAUMATO - ORTOPEDISTA CRM - PE 20136 5007 / TEL: 45.700					

**Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>	2 - CNES <b>2344254</b>
3 - Nome do Estabelecimento Executante <b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>	4 - CNES <b>2344254</b>

**Identificação do Paciente**

5 - Nome do Paciente <b>JOSE GILBERTO DA SILVA</b>	6 - Número do Prontuário <b>119194</b>		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) <b>706708532080615</b>	8 - Data Nascimento <b>13/04/1987</b>	9 - Sexo <b>MASCULINO 1</b>	10 - Raça/Cor <b>10.1- Etnia</b>
11 - Nome da Mãe <b>MARIA CICERA DA SILVA</b>	12 - Telefone de Contato <b>8193456910</b>		
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) <b>RUA TEREZA MENDONCA, () - CENTRO</b>			
16 - Município de residência <b>BELO JARDIM</b>	17 - Cod. IBGE município <b>2601706</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

*TAMU4  
SOM E6.  
MSD; ESTU4 NO PONHO,  
RE: FRATU4 NO R4 D10 D10.*

21 - Condições que justificam a internação

*CLINICAS*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

*EX, FRATU4.*

23 - Diagnóstico inicial <i>Intus de f1 com intubação</i>	24 - CID 10 Principais <i>S- F86</i>	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Constante sangue u frascos</i>	28 - Código do procedimento <i>040802060-2</i>		
29 - Clínica <i>OSSOBRIO</i>	30 - Caráter de Internação <i>C</i>	31 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante <i>CRM 040802060-2</i>

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>ALVIO DE SOUZA LESTO.</i>	34 - Data da solicitação <i>29/04/18.</i>	35 - Assinatura e Carimbo (N. do registro do conselho) <i>Alvio de Souza Lesto.</i>
---	--	--

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - N.º do Bilhete	41 - Série <i>Raymundo Francisco de Souza Filho</i>
37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - Município <i>CREMENE 5379</i>
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência  
 Empregado     Empregador     Autônomo     Desempregado     Aposentado     Não segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49 - N.º Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	<b>Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria Municipal de Saúde Dr. Mauricio Cabral da Silva CRM N° 23.403 Médico Autorizador</b>
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)	<b>NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541124-0</b>

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE *25/04/18*

Hospital Jesus Pequenino

*José Lourenaldo dos Santos*  
Assistente Social  
CRESS 10150

# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO 02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimen.<sup>to</sup>: 499473 Data: 29/04/2018 Hora: 18:27  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. EMANUEL ALEXANDRE AMANDO SOUZA

Recep.: NAYALLI  
Matrícula: 706708532080615  
Identidade:  
Cartão SUS: 706708532080615  
  
Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil: 099.124.374-97  
C.P.F. 7667552 SSP PE  
Identidade: 8193456910 / 91304818  
Telefone:  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Paciente: 119194 JOSE GILBERTO DA SILVA  
Nascimento: 13/04/1987 - 31 Anos  
Endereço: RUA TEREZA MENDONCA,  
Bairro: CENTRO  
IBGE/Cidade: 2601706 BELO JARDIM  
Pai: ISMAEL SEBASTIAO DA SILVA  
Mãe: MARIA CICERA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

CEP:  
UF: PE

Obs.: ORTOP 440149

Queixa do Paciente:

FAH/14

→ VERÃO NO H.S.

H.D.A.:

Exame Físico:

EXAME FÍSICO:  
HCD: EDEMY NO PONHO.  
Rx: FAH/14 NO RÁDIO DIREITO.

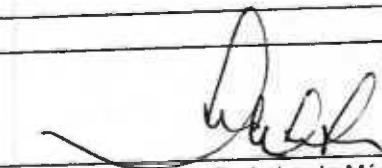
H.D.:

FAH/14 NO RÁDIO DIREITO.

Tratamento:

CLORQU.

Bezerros, 29 de abril de 2018

  
Assinatura e Carimbo do Médico  
CRM 2064 CPF 00437904-01  
Anestesiologia - Dr. Vascuan

Certificado Com Documento

Original Bezerros PE 25/04/2018 Assistente Social  
Hospital Jesus Pequenino CRESS 10150

# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-04  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 499473 Data: 29/04/2018 Hora: 18:27  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. EMANUEL ALEXANDRE AMANDO SOUZA

Recepção: NAYALLI  
Matrícula: 706708532080615  
Identidade:  
Cartão SUS: 706708532080615

Paciente: 119194 JOSE GILBERTO DA SILVA  
Nascimento: 13/04/1987 - 31 Anos  
Endereço: RUA TEREZA MENDONCA,  
Bairro: CENTRO  
IBGE/Cidade: 2601706 BELO JARDIM  
Pai: ISMAEL SEBASTIAO DA SILVA  
Mãe: MARIA CICERA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

CEP:  
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 099.124.374-97  
Identidade: 7667552 SSP PE  
Telefone: 8193456910 / 91304818  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Repcionista:

Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas

Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão  
( ) Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 01/05/18

Médico:

*João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - COPE*

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

30/04/18

*pele forte Cognac*

*joão Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - COPE*

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

*Fractura dorso lombar com contusão*

*joão Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - COPE*

Diagnóstico Definitivo:

*C0 normal*

*joão Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM - COPE*

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 25/04/18 José Lourenço dos Santos  
Hospital Jesus Pequenino Assistente Social  
CRESS 10150

## EVOLUÇÃO MEDICA

JOSE GILBERTO DA SILVA

29/04/2018 - PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU. INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA METAFISARIA DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. ESTADO GERAL SATISFACTORIO .CONSCIENTE ,AFEBRIL,SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

30/04/2018 - VISTOS EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANORMALIDADES. PACIENTE AGUARDANDO ATO CIRURUGICO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

PACIENTE SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA METAFISARIA DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. MEDICADO. REPOUSO NO LEITO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

01/05/2018 - PACIENTE NO PRIMEIRO DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. SEM EDEMA NA EXTREMIDADE GESSADA. ALTA HOSPITALAR, ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO PARA ACOMPANHAMENTO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSE GILBERTO DA SILVA CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRAQUIAL	DR. PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 30/04/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA METAFISARIA DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + NEURÓLISE + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + NEURÓLISE + RECONSTRUÇÃO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
<b>DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE.  REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE RÁDIO COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KISCHNER SOBRE IMAGEM RADIOSCÓPICA, UTILIZAMOS O FIO TRANSVERSO EM NÍVEL DE FRATURA DISTAL RÁDIO UNAR PARA CONSTRUÇÃO CAPSLIGAMENTAR DA REFERIDA ARTICULAÇÃO. RECONSTRUÇÃO + NEURÓLISE LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXIOPALMAR	

João Marilton  
Ortopedista  
CRM: 5980

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 251119  
Hab. tal Jesus Pequenino

José Lourinaldo dos Santos  
Assistente Social  
CRESS 10150  

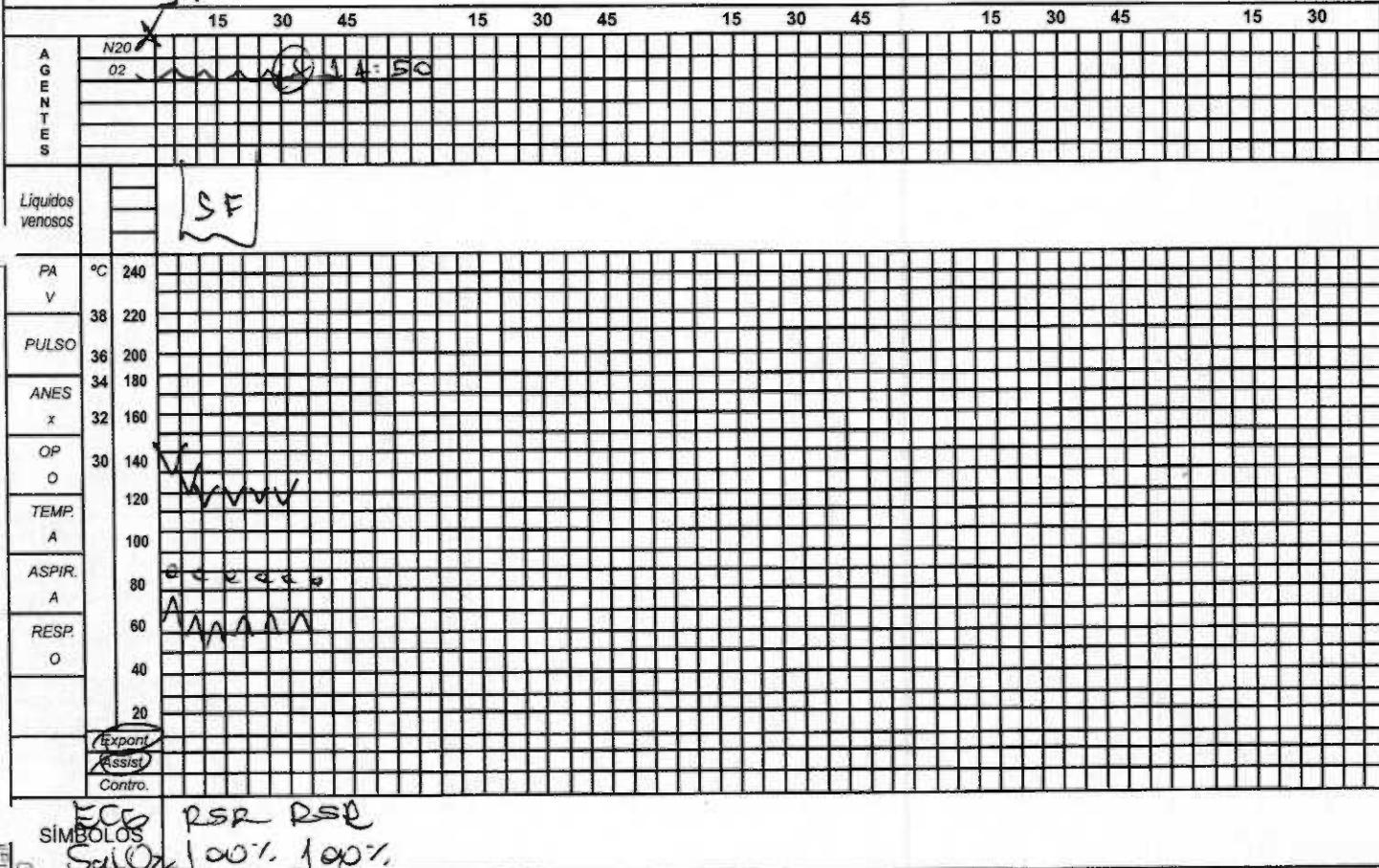

# FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
Data: 30/04/18

Anestesia:	Sedacão	NB			
Nome:	João Gilberto da Silva	Nº do Registro: 119194	Nº na Clínica:		
Clínica:	Osteopedia	Quarto:	Leito:	Idade: 31	Sexo: M Cor: P
Operador:	Dr. Rômulo Manoel	Assist.:		Anestesista:	Ora Fuzelier
Diag. Preop.:	Trombose de mácula distal de dor	Diag. Posop.:			
Op. Proposta:	TAC uníngua			Op. Realizada:	a mesma
Premeditação:	MZ 2 mg	Hora: 14:20	Resultado:	(MO 1-2-3)	Risco: 1-2-3-4
(AO 1-2-3)					

## PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

14:20



Assistente Social  
Santos

Original Bezerros PE 25/4/18  
Original Com Documento

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Fentanyl - 100 mcg		1/2 destado HCR	Parte 3  Alergico à... spcial
B. Atropina 25 mcg		Deglaciação qd ④ + ⑤	
C. Propofol 300mg		+ ⑥ revipilococao	
D. Cetilistruca 4x anestesia		2	
E. Dexametasona 10mg			
F. Ondansetron 4mg			
G. Fentanyl 40-50			
H. Paracetamol 1000mg			
I. Dipirona 2g			
J. Perphenazine 100mg			
K. Sufentanil 100mcg			
L. Dipirona 2g			
M. SFO, 97. 1			
DOSES		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
Tempo de Anestesia			
TOTAL		30'	
OPERACÃO:		Asfaringo - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia BLOCKING - Tomo	Hemorragia Arritmia Bradí - Taquicardia - Choque
Hospital			
ANESTESISTA:	A. Priscila Assistente Anestesiologista	CIRURGIÃO:	PERDA SANGUÍNEA:
		Marilton Costa Mato - Ortopedista	



MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: José Gilberto da Silva Registro N°. 119196

Aptº. \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 30/04/18

Cirurgia: Fret Pingo ① Cirurgião: Dr. João Mantan

Anestesia: sedação Anestesista: Dr. Priscile

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	03 amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 amp			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	01 amp			Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico 50ml 1.500 ml			
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaína Pesada			
Glicose				Xylocaína 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaína 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaína 1% s/a			
Halotano				Xylocaína Geléia			
Haemaccel				Xylocaína Spray			
Inoval				Propofol 0,5 amp			
Keflin 1 grama	01 amp			Tramadol 0,1 :			
Ketalar	01 amp			Dipirona 0,2 :			
Lasix				Tenoxicam 0,1 :			
Methergin				el + medos 0,5 unid			
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Agulha Desc. 25 x + 03				Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival 10x120 02							
Agulha Raque				<b>FIOS</b>			
Agulha Sutura				CatGut Simpa s/a			
Algodão Hidrófilo				CatGut Simp c/a			
Algodão Ortopédico	2	unid		CatGut Crom s/a			
Atadura Gase				CatGut Crom c/a			
Atadura Crepe				Fio de Algodão			
Atadura Gesso 15cm 03 + 2 10cm				Fio de Aço			
Bolsa p/ Colostomia				Fio Kirschner			
Comp. Cirúrgica 105 01 pet				Fio Umbilical			
Dreno Tórax							
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Espadrado	12			Polycot			
Espadrado Anti-alérgico				Seda			
Espadrado Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	04	pet		<b>LÍQUIDOS</b>			
Gase Furacionada				Água Oxigenada	50		
Gelfoan				Álcool Simples	70	50	
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath	7,0	2		Éter			
Luva Descartável	5,0	04 pares		Formol			
Luva Comum m	04	pares		Germpol			
Lâmina Bisturi				Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen							
P. L. Sherman				<i>cloramina 200cc</i>			
Pr. S. Petersen				<b>OXIGÊNIO</b>	72		
Par. Sherman				<i>oxigênio de pulso 72</i>			
Pino Stelman				Das ás			
Prótese Thompson							
Scalp				<b>PROTÓXIDO</b>			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc	03	Unid		Das ás			
Seringa 10 cc	0,0						
Seringa 20 cc	0,1			<b>TAXAS</b>			
Seringa Vidro 05 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 10 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 20 cc				Bisturi Elétrico			
Seringa de 01 cc				Desfibrilador			
Sonda Estom nº				Monitor			
Sonda Levine nº				Touca	05	Unid	
Sonda Uretral nº				mascara	05		
Sonda Foley nº				pro	05		
Sonda "3v" nº				Bescuit Plan	05		
Sonda p/ O <sub>2</sub>	01	Unid					



REF 3201SE

LOT 324117

Reg. ANVISA: 10209720010

105.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE  
CENTRIFICO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULOS

PLACA 543822806 - ENTRE 2012 EXERCÍCIO

JUNIOR JOSE DA SILVA

BELO JARDIM-PE

098.786.844-93 PLACA KIJ2477

3C2KC16700RD28696

MARCA/ANO: HONDA/CG 150 FAN 2012 COMBUSTÍVEL: ALCO/GÁS

CAPACIDADE: 20/149CL CATEGORIA: PARTIC. COR PRINCIPAL: VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS: 1º \* \* \* \* \* 2º \* \* \* \* \* 3º \* \* \* \* \*

IPVA 2018 QUITADO VENCIMENTO/QUITADO DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADO PAGO OBSERVAÇÕES:

SEM RESERVA

DATA 21/02/18  
Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente DFTD/PE/DF

**ARUANA****SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS****INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS** **ID****IDENTIFICAÇÃO**VÍTIMA JOSE GILBERTO DA SILVADATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA 099.324.374-97PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIO JANDOIR DE ARAUJOQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM  
A VÍTIMA É \_\_\_\_\_ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIANº 43 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO MAURICIO DE NASSAU  
CIDADE CARUARU UF PE CEP 55012-560E-MAIL M5SEGUROSJANDOIR@gmail.com TELEFONE (81) 9.9832-9777  
9.8216-6977MARQUE  PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

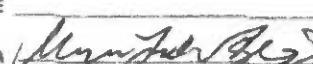
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAI DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA 

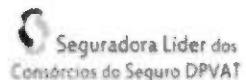
RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424691/19

**Vítima:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**Data do acidente:** 28/04/2018

**CPF:** 099.124.374-97

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

#### JOSE GILBERTO DA SILVA : 099.124.374-97

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](http://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: 29/11/2019  
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO  
CPF: 386.058.134-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190668170      **Cidade:** Brejo da Madre de Deus      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE GILBERTO DA SILVA      **Data do acidente:** 28/04/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 11/12/13\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190668170      **Cidade:** Brejo da Madre de Deus      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE GILBERTO DA SILVA      **Data do acidente:** 28/04/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 11/12/13\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE (Vitima beneficiária)

NOME: JOSÉ GILBERTO DA SILVA  
IDENTIDADE: 7667559, CPF: 099124374-97  
EST.CIVIL: CAERDO PROFISSÃO: AGRICULTOR  
ENDERECO: RUA TENGRA MENDONÇA N: 398  
BAIRRO: CENTRO SERRA DOS VENTOS  
CIDADE: DELO JARIN UF: PE

## OUTORGADO (Procurador)

NOME: MARIO JANDOIR DE ARAUJO  
RG: 2.923.963 SDS/PE, CPF: 386.058.134-15, EST.CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTONOMO.  
END: RUA COLOMBIA N°43, BAIRRO: MAURICIO DE NASSAU, CIDADE:  
CARUARU, UF: PE.

Feio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me a seguradora líder dos consórcios do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da VÍTIMA: JOSÉ GILBERTO DA SILVA  
CPF: 099124374-97. COBERTURA: INVALIDEZ

Data do acidente: 1 1

2 José Gilberto da Silva

## ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA MADRE DE Deus, 18 de NOVEMBRO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)  
Av. Chico Carriço, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de: JOSE GILBERTO DA SILVA  
Data f. 18/11/2019 09:16:36 - ROZARIA MARIA LIRA  
TABELIÃO DE OLIVEIRA - TABELIA Emol. RS  
3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERF R\$ 0,04 FUNSEG  
R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,91

Selo: 0073437.0GG10201903.00375

Cartório Único - OAB/PE

Brejo da Madre de Deus - PE

3747-1213

\*Consulte autenticidade em: www.oabpe.org.br

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424691/19

**Vítima:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**CPF:** 099.124.374-97

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

### JOSE GILBERTO DA SILVA : 099.124.374-97

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](http://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: 29/11/2019  
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO  
CPF: 386.058.134-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Josyelli de Oliveira Cabral