

---

**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 JANDOUR 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

**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



**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, 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](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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 099.524.374-92 4 - Nome completo da vítima: JOSE GILBERTO DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOSE GILBERTO DA SILVA 6 - CPF: 099.524.374-92  
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA TERESA MANDONCA 9 - Número: 398 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BELO JARDIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55160-000  
15 - E-mail: M.andeiro@gmail.com 16 - Tel. (DDD) 81.98216 6577 8199832 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 6990 CONTA: 0005795 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 necessário, 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 discorde 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 ☐ Viúva

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 (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 107ª**  
**CIRCUNSCRIÇÃO - BREJO DA MADRE DE DEUS**  
**- DP107ªCIRC DINTER1/17ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0197001080**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumada), que aconteceu no dia 28/4/2018 às 09:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1. LAGOA DOS  
MANDANTES - Bairro: CENTRO - BREJO DA MADRE DE  
DEUS, PERNAMBUCO, BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

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

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



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

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) 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: 15/4/1987 Nacionalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7667552/SDS/PE (RG),  
09912437497 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 81993456910

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

DESMONTEADO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL

TOMER JOSÉ DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): TOMEZINSE DA SILVA, que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOSE GILBERTO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO  
INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: KJ2477 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 543823805 Chassi:  
9C2KCC1670DR02863  
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NA DATA CITADA, AO PASSAR PELO  
LOCALIDADE DE LAGOA DOS MANDANTES, UM CARRO QUE LA SAINDO  
DESSA LOCALIDADE, INVADIU A PISTA, E A VÍTIMA PARA NÃO COLIDIR  
COM O MESMO, DESVIOU PARA CONTRAMÃO, 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 BEZERRAS ONDE PASSOU POR UM  
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

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

B.O. registrado por: JOSE WILSON DE BARROS CORREIA - Matrícula: 330839-0





43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

**Paciente:** JOSE GILBERTO DA SILVA

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

**Sexo:** Masculino

**Atendimento:** 01107323

**Prontuário:** 00445150

**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 RADIO DISTAL D

**Conduta:**

AO HRA

**SENHA:**

**COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:** ☐ SIM ☒ NÃO

**Transferido / Encaminhado para:**


43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

**Motivo:**

TRATAMENTO CIRURGICO

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: 000000001795-7

Nr. Autenticação

BRDESCO0801202005000000000023706990000000001795236250 PAGO

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50053-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**  
MARINALVARITA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA TEREZA MARILIA S/N

CPF 090 673 404-56 NIS 18377896779

CENTRO DE FALA LUIS VENTUS  
BELO JARDIM PE  
55160-000

CLASSIFICACAO  
BT RESIDENTIAL  
BADA REN: 4 COM NBS

DATA DE EMISSÃO 7021224337 09/2019

DATA DE VENCIMENTO 03/10/2019 29/10/2019

VALOR A PAGAR (R\$) 23,50

07/19/1978	UNCA	2508/2018
26/08/2018	2014425355	8195446

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	15,1430000	4,18138725	5,75
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	27,0000000	0,37911071	10,86
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,26
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Multa por atraso-NF 071558815 - 25/07/18			0,40
Juros por atraso-NF 071558815 - 28/07/19			0,20
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			2,00
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

23,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								23,50	
Nº DO RENDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (revis)
313-246-31	CAI	DATA 15-08-2019	LEITURA 2146,00	DATA 25-09-2019	LEITURA 2350,00	21	133000		63,00

**COMPARAÇÃO DE COMBUSTÍVEL**

**COMPARAÇÃO DE TRIBUTOS**

**COMPARAÇÃO DE CUSTOS**

COMBUSTÍVEL	CONSUMO (L/100KM)	PREÇO (R\$/L)	CUSTO (R\$/100KM)
SETE 19	63	17,62	1110,06
AGO 19	62	17,62	1092,44
JUL 19	70	17,62	1233,40
JUN 19	64	17,62	1127,68
MAY 19	70	17,62	1233,40
ABR 19	77	17,62	1358,54
MAR 19	88	17,62	1550,56
FEV 19	66	17,62	1162,92
JAN 19	66	17,62	1162,92
DEZ 18	71	17,62	1251,02
NOV 18	64	17,62	1127,68
OUT 18	60	17,62	1057,20
SET 18	61	17,62	1074,82

**COMPARAÇÃO DE TRIBUTOS**

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	17,62	9,21	0,14
PIS	17,62	3,71	0,06
COPIS			

**COMPARAÇÃO DE CUSTOS**

COMBUSTÍVEL	CONSUMO (L/100KM)	PREÇO (R\$/L)	CUSTO (R\$/100KM)
SETE 19	63	17,62	1110,06
AGO 19	62	17,62	1092,44
JUL 19	70	17,62	1233,40
JUN 19	64	17,62	1127,68
MAY 19	70	17,62	1233,40
ABR 19	77	17,62	1358,54
MAR 19	88	17,62	1550,56
FEV 19	66	17,62	1162,92
JAN 19	66	17,62	1162,92
DEZ 18	71	17,62	1251,02
NOV 18	64	17,62	1127,68
OUT 18	60	17,62	1057,20
SET 18	61	17,62	1074,82

**COMPARAÇÃO DE TRIBUTOS**

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	17,62	9,21	0,14
PIS	17,62	3,71	0,06
COPIS			

**COMPARAÇÃO DE CUSTOS**

COMBUSTÍVEL	CONSUMO (L/100KM)	PREÇO (R\$/L)	CUSTO (R\$/100KM)
SETE 19	63	17,62	1110,06
AGO 19	62	17,62	1092,44
JUL 19	70	17,62	1233,40
JUN 19	64	17,62	1127,68
MAY 19	70	17,62	1233,40
ABR 19	77	17,62	1358,54
MAR 19	88	17,62	1550,56
FEV 19	66	17,62	1162,92
JAN 19	66	17,62	1162,92
DEZ 18	71	17,62	1251,02
NOV 18	64	17,62	1127,68
OUT 18	60	17,62	1057,20
SET 18	61	17,62	1074,82

INFORMACIÓN IMPORTANTE

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EMATEYSONS DEPTES EXISTENTES

Ventes	Débit	Ventes	Débit
06/09/90	26/09/90	27/09	

Este é o primeiro de três capítulos sobre os níveis de educação, onde os autores analisam a situação da educação básica no Brasil. Como se pode ver, os dados são muito preocupantes, pois revelam que cerca de metade da população não sabe ler e escrever, o que é um sério problema para o desenvolvimento econômico e social do país. Os autores também analisam a situação da educação superior, onde se pode ver que a taxa de matrícula é muito baixa, o que também é um sério problema para o desenvolvimento econômico e social do país.

[illegible]

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NÚM. - 00152 - MAURICIO DE NASS  
 AU CARUARU PE 55012-330

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA JOSE DE SIQUEIRA ARAUJO MATRÍCULA: 6336914 Nov/2019  
 R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260  
 INSCRIÇÃO: 041.541.330.0189.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 006336914

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

**ÁGUA:**

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

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
 REFERÊNCIA CONSUMO

10/2019 18  
 09/2019 12  
 08/2019 18  
 07/2019 17  
 06/2019 16  
 05/2019 15  
 MÉDIA: 16

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	158
COR APARENTE	169	169	112
CLORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	169
E. COLI	169	169	169

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

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

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	3 M3	15,15
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		1,71
JUROS DE MORA 09/2019		0,30

IMPRESSO EM: 25/11/2019 10:29:20



## 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

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

**JOSE GILBERTO DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **099.824.374/97**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **JOSE GILBERTO DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **099.824.374/97** 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <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>	CEP: <b>55012-260</b>	Tel.(DDD): <b>81 99832-9777/81 98216-6977</b>

Local e Data: **Caruaru,**

Assinatura do Declarante



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

*Imediatamente após a lesão*

*Clavícula 500 2x 4x*

*em capsula 6/16  
ou 2x*

*Polígono 12x 16x*

*1. Curvatura 3x 4x*

*30/04/12*

**João Marilton V. Costa**  
Traumato - Ortopedia  
CRM - 50827

NOME: JOÃO GILBERTO DE SOUZA

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura na tíbia direita CID-10: S52.6, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 30/10/18. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial

Leitura médica do Dr.  
Leitura no tórax do Dr. 01/11/18

Bezerros, 01/11/18

João Marilton V. Costa  
Traumato - Ortopedia  
CRM - 5980





**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

**2 4 2 7 4 1 9**

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

**Jose Gellito da Silva**

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

**240981**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**1 6 2 0 3 3 9 8 0 7 2 0 0 0 0**

8 - DATA DE NASCIMENTO

**13/04/82**

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

**Maria Cícero da Silva**

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Trav. José Rodalinho Costa**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Belofordim**

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Paciente vítima de acidente automobilístico com trauma na região do quadril (no)**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**Urgência cirúrgica**

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

**RX**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**fratura fêmur dist**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**Internamento Hospitalar**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

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

( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

**28/04/82**

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação  
JOSILDOMSJ



409759

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 28/04/2018 17:55 Atendimento: 409759 N° AIH:

Nome: JOSE GILBERTO DA SILVA Prontuário: 270981

Data Nasc.: 13/04/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: CNS: 162033980720000

Endereço: TRAVESSA JOSE ROBALINHO N°: 0

Bairro: CENTRO Cidade: BELO JARDIM Estado: PE

CEP: 55150121 Fone: 99789587 Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA CICERA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

*Cacastresab HJP*

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Leito: CORREDOR - EMERG ADULT

Diagnostico Inicial

(Constante do Laudo Médico): CID:

Procedimento Solicitado: CÓD.:

Procedimento Realizado: CÓD.:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiata Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

<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

5 - Historia Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
28/04/2018 17:55		

Rx 0.5

## Unidade de Saúde:

attend: 409 F.D

Nome do Paciente:

Jose Gilberto de L. H. ~~100~~

**Enfermarias:**

**Leito:**

Registro N°: 270951

[illegible]

**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 HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

**Identificação do Paciente**

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

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos  
*TRAUMA  
BOLEIA  
USD, EDOMA NO PONHO,  
Rx: FRATURA NO RADIO DEXTRO.*

21 - Condições que justificam a internação  
*CLINICAS*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)  
*Rx, FRATURA.*

23 - Diagnóstico inicial <i>Lesão do 5º e 6º metacarpo</i>	24 - CID 10 Principais S-52.6	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
---	----------------------------------	------------------	-------------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
*Craniotomia crânio e fratura*

29 - Clínica <i>ORTOPEDIA</i>	30 - Caráter de Internação	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
----------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>ALVARO DE SOUZA LIMA</i>	34 - Data de solicitação <i>29/04/18</i>	35 - Assinatura e Carimbo (N. do registro do Conselho) <i>Alvaro de Souza Lima</i>
--	---	---

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - Nome
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto			45 - Nome
45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	<b>Prefeitura Municipal de Bezerros</b> <b>Secretaria de Saúde</b> <b>NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL</b> <b>261810541124-0</b>
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Prefeitura Municipal de Bezerros  
 Secretaria Municipal de Saúde  
 Dr. Maurício Cabral da Silva  
 CRM Nº 23.403  
 Médico Autorizador

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 25/04/18

Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos  
 (Assistente Social)  
 CRESS 10150



# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

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

Recepç.: NAYALLI  
Matricula: 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:

Obs.: ORTOP 440149

Queixa do Paciente:

FATURA → LERÃO NO MSD.

H.D.A.:

Exame Físico:

BOM EB.  
MSD: EDIÇÃO NO PUNHO.  
Rx: FRACTURA NO RADIO DISTAL.

H.D.:

FATURA NO RADIO DISTAL DIREITO.

Tratamento:

C/ RABO.

Bezerros, 29 de abril de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

D. Artur de Souza, L202  
Angiologia - Or. Vascular  
CRM 2004 CP 00437949-01

Controlado Com Debito  
Original Bezerros PE 29/04/18  
Assistente Social  
Hospital Jesus Pequenin  
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: DR. EMANUEL ALEXANDRE AMANDO SOUZA  
Médico:

Recepç.: 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 CEP: UF: PE  
IBGE/Cidade: 2601706 BELO JARDIM  
Pai: ISMAEL SEBASTIAO DA SILVA  
Mãe: MARIA CICERA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

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

Recepcionista:

Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo

### Alta Hospitalar

Data: 01/05/18

Médico:

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-5000

Assinatura / CRM

### Observação

30/04/18

João Marilton V. Costa

4 dias - free

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-5000

### Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

### Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-5000

Diagnóstico Definitivo:

João Marilton V. Costa  
Traumato-Ortopedia  
CRM-5000

Diagnóstico Secundário:

### Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 25/04/18

Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos  
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 SATISFATORIO .CONSCIENTE .AFEBRIL. SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

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

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	NUMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO 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 CIRURGICO COM POLVIDINE.  REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE RADIO COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KISCHNER SOBRE IMAGEM RADIOSCÓPICA, UTILIZAMOS O FIO TRANSVERSO EM NIVEL DE FRATURA DISTAL RÁDIO UNAR PARA CONSTRUÇÃO CAPSLIGAMENTAR DA REFERIDA ARTICULAÇÃO. RECONSTRUÇÃO + NEURÓLISE LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton  
Ortopedista  
CRM: 5980

Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE 251119  
Hosp. Inf. Jesus Pequeno

José Lourivaldo dos Santos  
Assistente Social  
CRESS 10150

**NB**

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

[illegible]

ECB	RSR	RSR
SÍMBOLOS	100%	100%
Sat 0%		

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Fenol 100 mg		10 ml de 10% HCl	<p><u>Parte 3</u></p> <p>Atenção à pressão</p>
B. Gramina 25 mg		Aplicação q' ① + ②	
C. Propofol 300 mg		4 ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ + ⑨ + ⑩	
D. Epinephrina 1/1000		1/1000	
E. Desmetoprolol 10 mg			
F. Ondansetron 4 mg			
G. Fentanyl 40 µg			
H. Propofol 100 mg			
I. Propofol 2 mg			
SFO, 9% 1			
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO:	



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINHO

Comanda: 353323

CATEGORIA: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jose gilberto da silve Registro Nº: 119194

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

Cirurgia: Frat Rumbo (1) Cirurgião: Dr. João Nilton

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				Quemacetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 amp			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepan				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	01 amp			Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico 500ml	1.500 ml		
Furacin Pomada				Thionembatal			
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			
Haemacel				Xylocaína Spray			
Inoval				propofol	0.5 amp		
Keflin 1g amc	01 amp			Tramadol	01		
Ketalar	01 amp			Dipirona	0.2		
Lasix				tenoxicam	0.1		
Methergin				el + neda	0.5 unid		
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							

Assinatura do Médico  
T.C. 10.000.000  
C.O.B. 10.000.000

Conferido Com Documento  
Original Bezerras PE 28/11/18  
Hospital Jesus Pequenininho

José Lourinaldo dos Santos  
Assistente Social  
GRESS 10150



Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Agulha Desc. 25x + 03 unid				Vaselina Bisnaga			
Agulha Gengival 40x120 02							
Agulha Raque				FIOS			
Agulha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico 2 unid				CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe				CatGut Crom c/a			
Atadura Gesso 15cm 03 + 2 10cm				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica 105 01 pet				Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo 72				Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5 04 pet				LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada 50			
Gelfoan				Álcool Simples 50			
H. Kuntscher				Álcool Iodado			
Intracath				Éter			
Luva Descartável 7.02 04 pares				Formol			
Luva Comum m 04. pares				Germopol			
Lâmina Bisturi				Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				cloroxidine 200ml			
P. L. Sherman				OXIGÊNIO 72			
Pr. S. Petersen				oxímetro de pulso 72			
Par. Sherman				Das _____ às _____			
Pino Stelman							
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc							
Seringa 05 cc 03 unid				Das _____ às _____			
Seringa 10 cc 02							
Seringa 20 cc 01				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc				Aspirador 72			
Seringa Vidro 10 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 20 cc				Bisturi Elétrico 72			
Seringa de 01 cc				Desfibrilador			
Sonda Estom n°				Monitor 72			
Sonda Levine n°				Touca 05 unid			
Sonda Uretral n°				masseador 05			
Sonda Foley n°				pro re 05			
Sonda "3v n°				Biscoito plano 05			
Sonda p/ O <sub>2</sub> 01 unid							



REF 32015E  
LOT 324117 1.5.  
Reg. ANVISA: 10209280010.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

UNIDADE DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO TAXA DE EMISSÃO

01R-20

*Jose Gilberto da Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.667.552

DATA DE EXPIRAÇÃO: 18/08/2004

<< JOSE GILBERTO DA SILVA >>

<< ISMAEL SEBASTIAO DA SILVA >>

<< MARIA CÍCERA DA SILVA >>

PREJO DA MADRE DE DEUS - PE

DATA DO NASCIMENTO: 13/04/1987

CN 15485 LA14 F 168 CART 1º BREJO DA MADRE DE DEUS

E 07 02 1985 >>

ASSINATURA DO TITULAR

LEINTE 11506 2004

**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número

**099.124.374-97**

Nome

**JOSE GILBERTO DA SILVA**

Nascimento

**13/04/1987**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Emitido pela Secretaria de Receita Federal do Brasil

às 08:03:29 do dia 14/05/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

86FA97117207388F

**CÓDIGO DE CONTROLE**



BDN - Bradesco Dia e Noite

Deposito Conta Poupança

Data: 17/11/2019 Term: 015806 N. Trans: 8911

Valor: 10,00

Favorecido:

Banco: 237

Agência: 6990 / BREJO MADRE DE DEUS

Conta: 0001795-7

Titular 1: JOSE GILBERTO DA SILVA

Sujeito a conferência.

O depósito realizado durante o expediente bancário ao público será conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancário e aos sábados, domingos e feriados, o depósito será conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.

Seu talão de cheques em segundos.

Sem pedir no balcão,

sem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente

Cancelamentos, Reclamações e Informações

0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de fala - 0800 722 0099

Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvadoria - 0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das

8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado

Tenha um bom dia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
DEPARTAMENTO DAS CIDADANIAS  
SECRETARIA NACIONAL DE TRÁFICO  
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1485415452



NOME  
**MARIO JANDOTI DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UN  
**2923963 SDS PE**

CPF  
**386.058.134-15**

DATA NASCIMENTO  
**04/09/1964**

FILIAÇÃO  
**ANTONIO FERREIRA FILHO**

**MARIA JOSE SIQUEIRA**

Nº REGISTRO  
**00556750619**

PERMISSÃO  
**000000000000000000**

ACC  
**000000000000000000**

VALIDADE  
**31/05/2022**

CAT. HAB.  
**AS**

HABILITAÇÃO  
**04/06/1988**

OBSERVAÇÕES  
**A**



*Mario Jandoti de Araújo*

LOCAL  
**CARUARU, PE**

*[Signature]*  
Charles André Xavier Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente  
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

DATA EMISSÃO  
**28/09/2017**

**PERNAMBUCO**

94108543540  
PE069929254

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1485415452

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 0139152396

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 543822806 \*\*\*\*\* 2018

JUNIOR JOSE DA SILVA

BELO JARDIM-PE

099.786.944-95

PLACA KI32477

\*\*\*\*\* 3C2KC1570DR028626

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GAS

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN EST ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAPACIDADE 20/149CL COR/COZINHA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA IFVA 2018 QUITADO 1º \*\*\*\*\*  
2º \*\*\*\*\*  
3º \*\*\*\*\*

PREMIO TOTAL R\$ 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

BELO JARDIM-PE 21/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Gerente de DETRAN/PE

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE GILBERTO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA 099.324.374-97  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIO JANDOIR DE ARAUJO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA  
 Nº 43 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO MAURICIO DE NASSAU  
 CIDADE CARUARU UF PE CEP 55012-560  
 E-MAIL M55EGUROSJANDOIR@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.9832-9777  
9.8216-6977

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ 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, TALS 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

#### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA Mario Jandoir de Araujo

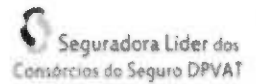
#### RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424691/19

**Vítima:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**CPF:** 099.124.374-97

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO E ULNA 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

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



# 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 ULNA 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

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

NOME: JOSE GILBERTO DA SILVA  
IDENTIDADE: 7667552, CPF: 099724374-97  
EST.CIVIL: CASADO, PROFISSÃO: AGRICULTOR  
ENDEREÇO: RUA TERCEIRA MENDONÇA N: 398  
BAIRRO: CENTRO SERRA DOS VENTOS  
CIDADE: BELO JARDIM, 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 consorcio do seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT da

VÍTIMA: JOSE GILBERTO DA SILVA  
CPF: 099724374-97. COBERTURA: INVALIDEZ

Data do acidente: 1/1

JOSE GILBERTO DA SILVA

## ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BREJO DA MÃE DEUS, 18 de NOVEMBRO de 2019

Local e data:

### CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)

Av. Cláudio Campelo, nº 277 - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE - Tel.: (81) 3747-1213

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE GILBERTO DA SILVA  
Em 18/11/2019 09:16:38 - ROZANIA MARIA LIRA  
VIEIRA DE OLIVEIRA - TABELIA Emol. R\$  
3,39 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERN R\$ 0,04 FUNSEG  
R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,91



Selo: 0073437.OGG10201903.00375

\*Consulte autenticidade em: www.

3747-1213  
Brejo de Madre de Deus - PE  
Cartório Único Oficial

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424691/19

**Vítima:** JOSE GILBERTO DA SILVA

**CPF:** 099.124.374-97

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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