



Número: **0000275-64.2020.8.17.2340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Brejo da Madre de Deus**

Última distribuição : **15/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GILBERTO DA SILVA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70314759	29/10/2020 15:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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

Carta nº 15196622





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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 85. 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: INTERRUÇÃO 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.

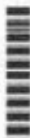
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00011/00012 - carta_02 - INVALIDEZ

000/0006



Carta nº: 15724082





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU:

3 - CPF do titular:

4 - Nome completo do titular:

JOSE GILBERTO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 646/2002

5 - Nome completo:

JOSE GILBERTO DA SILVA

6 - CPF:

099.524.374-72

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA TEREZA MANDUCA

9 - Número:

393

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

SC

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

M.daniel@Gmail.com

16 - Tel. (DDD) nº:

51 338529277

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos Abaixo Assinada uma (s) vez)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☒ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (106)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

6990

CONTA:

005795

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, com o acompanhamento do laudo do IML, reconhecendo, desde já, como subscritor a análise médica preliminar, caso necessária, às todas 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 OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil ou Viúva

☐ Solteiro☐ Casado (ou Outr.)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

resíduo (informar)?

☐ 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 restituir 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 do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

CURITIBA-PR 26 de novembro de 2013

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÚMERO DO DOCUMENTO



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 - Colisão (Consumo) que aconteceu no dia 18/11/2019 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**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração de ocorrência), que estava em posse (de) de: **JOSÉ GILBERTO DA SILVA**
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ GILBERTO DA SILVA (gaveta de plástico) - Sexo: Masculino/Mãe: **MARIA CICERA DA SILVA** Pai: **ISMAEL SEBASTIÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/4/1987** Nacionalidade: **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**



CONDICIONADO (não presente no plano) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

CONDICIONADO (não presente no plano) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DOUTOR RIBEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a)

Sr(a): JOSE GILBERTO DA SILVA

Categoria/Modelo/Marcação: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO

INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KUJ2477 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 549823805 Chassi:

9CJ2KCCJ 670DR02863

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 LA SAINDO DESTA LOCALIDADE, INVADIU A PISTA, E A VÍTIMA PARA NÃO COLIDIR COM O MESMO, DESVIU 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 nesta unidade policial

Jose Gilberto da Silva
JOSE GILBERTO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE WILSON DE BARROS CORREIA - Matr. 590839-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU:

3 - CPF do titular:

4 - Nome completo do titular:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2002

5 - Nome completo:

JOSE GILBERTO DA SILVA

6 - CPF:

099.524.374-92

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA TEREZA MANDUCA

9 - Número:

393

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

BELO JARDIM

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

55160-000

15 - E-mail:

M.daniel@outlook.com

16 - Tel. (DDD) nº:

3338529227

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos Ativos Atividade única (pessoa física))☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☒ Bradesco (237)☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (106)

AGÊNCIA:

6990

CONTA:

005795

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito de estado)

(informar o dígito de estado)

(informar o dígito de estado)

(informar o dígito de estado)

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, com o acompanhamento do laudo do IML, reconhecendo, desde já, que não submeterei a análise médica pericial, caso necessário, às todas 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 OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Civil ou Viúva

☐ Solteiro☐ Casado (ou Outr.)☐ Divorçado☐ Separado judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima

teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

resíduo (informar)?

☐ 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 restituir 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 do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

CURUMBA 26 de novembro de 2013

41 - Assinatura do titular, beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

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

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55008-530



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

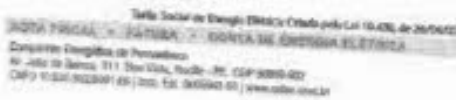
AGÊNCIA: 06990-6

CONTA: 000000001795-7

Nr. Autenticação

BRADESCO080120200500000000002370699000000001795236250 PAGO





© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

© 1999 by John Wiley & Sons, Inc.
 ISBN 0-471-34461-5
 05-1999-0000

70212-24337	09/2019
03/10/2019	29/10/2019
	23,50

17-11-2018	100%	20-11-2018
20-11-2018	100%	23-11-2018

10/10/11	10/10/11	10/10/11
----------	----------	----------

[illegible][illegible]

REVENUE, COSTS AND PROFITS		EXPENSES BY CATEGORY	
DATE	REVENUE	COSTS	PROFIT
1971-1972	100	20	80
1972-1973	120	25	95
1973-1974	150	30	120
1974-1975	180	35	145
1975-1976	200	40	160
1976-1977	220	45	175
1977-1978	250	50	200
1978-1979	280	55	225
1979-1980	300	60	240
1980-1981	320	65	255
1981-1982	350	70	280
1982-1983	380	75	305
1983-1984	400	80	320
1984-1985	420	85	335
1985-1986	450	90	360
1986-1987	480	95	385
1987-1988	500	100	400
1988-1989	520	105	415
1989-1990	550	110	440
1990-1991	580	115	465
1991-1992	600	120	480
1992-1993	620	125	495
1993-1994	650	130	520
1994-1995	680	135	545
1995-1996	700	140	560
1996-1997	720	145	575
1997-1998	750	150	600
1998-1999	780	155	625
1999-2000	800	160	640
2000-2001	820	165	655
2001-2002	850	170	680
2002-2003	880	175	705
2003-2004	900	180	720
2004-2005	920	185	735
2005-2006	950	190	760
2006-2007	980	195	785
2007-2008	1000	200	800
2008-2009	1020	205	815
2009-2010	1050	210	840
2010-2011	1080	215	865
2011-2012	1100	220	880
2012-2013	1120	225	895
2013-2014	1150	230	920
2014-2015	1180	235	945
2015-2016	1200	240	960
2016-2017	1220	245	975
2017-2018	1250	250	1000
2018-2019	1280	255	1025
2019-2020	1300	260	1040
2020-2021	1320	265	1055
2021-2022	1350	270	1080
2022-2023	1380	275	1105
2023-2024	1400	280	1120
2024-2025	1420	285	1135
2025-2026	1450	290	1160
2026-2027	1480	295	1185
2027-2028	1500	300	1200
2028-2029	1520	305	1215
2029-2030	1550	310	1240
2030-2031	1580	315	1265
2031-2032	1600	320	1280
2032-2033	1620	325	1295
2033-2034	1650	330	1320
2034-2035	1680	335	1345
2035-2036	1700	340	1360
2036-2037	1720	345	1375
2037-2038	1750	350	1400
2038-2039	1780	355	1425
2039-2040	1800	360	1440
2040-2041	1820	365	1455
2041-2042	1850	370	1480
2042-2043	1880	375	1505
2043-2044	1900	380	1520
2044-2045	1920	385	1535
2045-2046	1950	390	1560
2046-2047	1980	395	1585
2047-2048	2000	400	1600
2048-2049	2020	405	1615
2049-2050	2050	410	1640
2050-2051	2080	415	1665

Journal of Interpersonal Violence 26(10) 1978-1997
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>
DOI: 10.1177/0886260511416101
<http://jiv.sagepub.com>

ATENÇÃO: A DELTA INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

[illegible]

Este trabalho foi desenvolvido em um ambiente de trabalho colaborativo, com a participação de todos os membros da equipe, sob a orientação do professor orientador. O trabalho foi desenvolvido em um ambiente de trabalho colaborativo, com a participação de todos os membros da equipe, sob a orientação do professor orientador.

Statement of Financial Position (Balance Sheet)				
Particulars	2017	2018	2019	2020
Assets				
Current Assets				
Cash	100	150	200	250
Accounts Receivable	200	250	300	350
Inventory	150	200	250	300
Prepaid Expenses	50	50	50	50
Total Current Assets	500	650	800	950
Non-Current Assets				
Property, Plant, and Equipment	300	300	300	300
Intangible Assets	0	0	0	0
Total Non-Current Assets	300	300	300	300
Total Assets	800	950	1100	1250
Liabilities and Equity				
Current Liabilities				
Accounts Payable	150	200	250	300
Short-Term Debt	0	0	0	0
Total Current Liabilities	150	200	250	300
Non-Current Liabilities				
Long-Term Debt	0	0	0	0
Total Non-Current Liabilities	0	0	0	0
Equity				
Common Stock	500	500	500	500
Retained Earnings	300	450	600	750
Total Equity	800	950	1100	1250
Total Liabilities and Equity	800	950	1100	1250





CNPJ 09.789.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014388-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - N.M. - 40157 - MAURICIO DE NASC
AU CARUARU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE			
MARIA JOSE DE SIQUEIRA ABALJO		MATRICULA: 6336914 Nov/2019	
R COLOMBIA, N. 00043 - MAURICIO DE NASC AU CARUARU PE 55012-260			
INSCRICAO-041.541.830.0189.000 GRUPO-3 DEB AUTONATICO: 006336914			
SITUACAO AGUA	SITUACAO ESOTO	RESIDENCIAL	
LIGADO	FACTIVEL	1	
HERCÓMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (JUE)
A03P002037	25/10/2019	25/11/2019	REAL
AGUA:			
LEIT ANT: 1728 CONSUMO: 13			
LEIT ATU: 1741			
LEIT FAT: 1741			
HISTORICO DE CONSUMO			
REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	
10/2019	18	NÚMERO DE AMOSTRAS	
09/2019	12	EXIG. PORT. MS 2.924/11	
08/2019	18	ANALISES REALIZ. A LEGIS	
07/2019	17	ATENDIM. A LEGIS	
06/2019	16	TURBIDEZ	
05/2019	15	COR APARENTE	
MEDIA:	16	CLORO RESIDUAL	
		COLIF. TOTAIS	
		E. COLI	
		Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS			
(2) 95% PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO			
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA			
(3) 95% 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 30 M3 - 44,08 POR UNIDADE	30 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	





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 4020-1556 / 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 Ovidor: 0800 021 93 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=29634>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E BENSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECUSAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.249/98.

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 **099.324.374/97**

do sinistro do DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **JOSE 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Esteu ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA COLOMBIA	Número: 43	Complemento: _____
Bairro: MAURICIO DE NASSAU	Cidade: CARIARI	Estado: PE
E-mail: mseguro.jandor@gmail.com	CPF: 58012-260	Tel. (DDD): 81 99832-8777/81 98216-6977

Local e Data: **Cariari,**

Assinatura do Declarante

LDRL001 V001/2017





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Imagem do ultra

Clavícula - 28.50

em relação à 16.00
28.50

Intervenção - 11.00

1.000 pontos 3x4cm

30/04/11

João Marilton V. Costa
traumato - Ortopedia
CRM - 50000

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



NOME: JOÃO GILBERTO DE SOUZA

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura da tíbia distal CID-10: S52.6, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 20/10/2020. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Heclima mediana 600 mg.
Heclima no tratamento 05/10/2020

Bezerros, 21/09/18

João Marilton V. Costa
Traumato - Ortopedia
CRM - 5980





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE GILBERTO DA SILVA
Data Nasc.: 13/04/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 162033980720000
Endereço: RUA TEREZA MENDONÇA 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

Atendimento: 409710

Prontuário: 270981

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/04/2020 11:42

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Acidente motor ciclo e estar em pé há

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Edm e limitação de movimento

Diag. Provisório:

Fr. Radio distal dir.

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Ⓢ Tricamato

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
25/04/2020 15:47:52



**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

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Gilberto da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

20981

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

3161210131391810171210101010

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/04/82

9 - SEXO

Mas: ☒ 1Fem: ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Cícera da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

19913193814

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua João Cabral da Silva

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boqueirão

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 braço (no)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Urgência cirúrgica

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

RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Radio 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

ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

☒ CNS ☐ IOF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/IOF) 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 TRÂNSITO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38 - ☐ 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

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ IOF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/IOF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

04/08



HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

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

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Usuario da Internação
JOSILDOMSJ



408799

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 28/04/2018 17:55 Atendimento: 408759 N° AH:

Nome: JOSE GILBERTO DA SILVA

Prontuário: 270981

Data Nasc.: 13/04/1987

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDAS

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:

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:

COD:

Procedimento Realizado:

COD:

3 - Atendimento Médico

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

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

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



Rx 0.5

attend: 409 FD

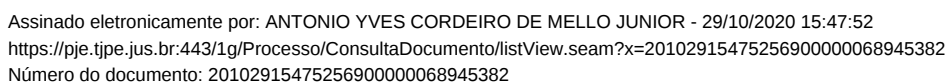
Yare (collected by L. H.)

Leito:

Registro Nº: 280941

Dr. Fernando Honorato da S. Junior
TRAUMATO - ORTOPEDIA
CRM - PE 26.136 5004 / REG. 65.753

Notações 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	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
BOQUELA
USD: ENFERMO DO 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 Enfermo do punho direito	24 - CID 10 Principais S-52.6	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
---	---	------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Costura de lã e punho e fratura	28 - Código do procedimento 040802060-2
29 - Caracter de Internação ORTOPÉDICA	30 - Caráter de Internação () CNS () CPF
31 - Documento 040802060-2	32 - Nº Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 040802060-2
33 - Nome do Profissional Solicitante ALVARO DE SOUZA LIMA	34 - Data de solicitação 29/10/2020
35 - Assinatura e Carimbo (N.º do registro do Conselho) Alvaro de Souza Lima	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - N.º do Bônus	41 - N.º do Bônus
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - N.º do Bônus
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
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.º Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810541124-0
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)	

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

Conferido Com Documento

Original Bezerros PE 25/10/20

Hospital Jesus Pequeno

Jose Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

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

Paciente:	119194	JOSE GILBERTO DA SILVA
Nascimento:	13/04/1987	- 31 Anos
Endereço:	RUA TEREZA MENDONCA,	
Bairro:	CENTRO	
IBGE/Cidade:	2601708	BELO JARDIM
Pai:	ISMAEL SEBASTIAO DA SILVA	
Mãe:	MARIA CICERA DA SILVA	
Nacionalidade:	BRASIL	

CEP: _____
UF: PE

Acomodação: ENFER_04 - LEITURAS
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Recepc.: NAYALLI
Matricula: 706708532080615
Identidade:
Cartão SUS: 706708532080615

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

Queixa do Paciente:

~~544014~~

~~P. LETHO NO H.S.~~

HDA

Exame Físico:

BOH EF.
MED: ~~EDU~~ NO PAIN.
W: FRACTURE NO KIDNEY DYSF.

H.D.

FILED IN 100-104100-100

Tratamiento:

с. Кокчи.

Bezerros, 29 de abril de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Original: 25/11/13
Hospital Jesus Pequeno



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:

Recep.: NAYALLI
Matrícula: 706708532080615
Identidade:
Cartão SUS: 706708532080615

Paciente: 119194 JOSE GILBERTO DA SILVA
Nascimento: 13/04/1987 - 31 Anos
Endereço: RUA TEREZA MENDONÇA,
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:

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

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

30/04/18
João Marilton V. Costa
4 p.m. - free

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5000

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5000

Diagnóstico Definitivo:

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-5000

Diagnóstico Secundário:

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 25/04/19

João 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 5960

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

João Marilton
Ortopedista
CRM 5960

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

João Marilton
Ortopedista
CRM 5960

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 5960

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 25/4/18
Hospital Jesus Pequeno

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE JOSE GILBERTO DA SILVA	NÚMERO 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 METAFISÁRIA 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	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE RÁDIO COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KIRSCHNER SOBRE IMAGEM RADIOSCÓPICA, UTILIZAMOS O FIO TRANSVERSO EM NÍVEL DE FRATURA DISTAL RÁDIO UNAR PARA CONSTRUÇÃO CAPSULIGAMENTAR DA REFERIDA ARTICULAÇÃO. RECONSTRUÇÃO + NEURÓLISE LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

Conferido Com Documento
Orlando Bezerra PE 2311119
Jesus Pequeno

José Laurinaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 30/04/18

NB

Anestesia: Sedação
Nome: José Gilberto da Silva Nº do Registro: 119194 Nº. na Clínica: _____
Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 34 Sexo: M Cor: P
Operador: Dr. Raul Mamede Anestesista: Dr. Fúselo
Diag. Preop.: Fractura de mão direita de 1º metacarpo Diag. Posop.: _____
Op. Proposta: Procuração Op. Realizada: a mesma
Premeditação: MDZ 2g Hora: 14:20 Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco: 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	AS														
	SE														
	OP														
	AD														
Líquidos	VE														
	AD														
	OP														
	AD														
PR	VE														
	AD														
	OP														
	AD														
TEMP	VE														
	AD														
	OP														
	AD														
ADPR	VE														
	AD														
	OP														
	AD														
RESP	VE														
	AD														
	OP														
	AD														

ECG RSR RSR
Sinais 100% 100%

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
1. Fentanyl 100 mg		Intubado HCR	<u>Forke 3</u> <u>Alargado a</u> <u>perceal</u>
2. Propofol 25 mg		Aplicação de 1 + 2	
3. Propofol 300 mg		4 + 5 prevenção	
4. Propofol 2g		resposta	
5. Propofol 1g			
6. Ondansetron 4g			
7. Fentanyl 40 mg			
8. Fentanyl 100 mg			
9. Propofol 2g			
SFO 9% 1			
TOTAL	1	Tempo de Anestesia	
		30'	
OPERAÇÃO:	Procuração fratura de mão direita de 1º metacarpo		
ANESTESISTA:	GRUPO:	Dr. Fúselo Dr. Raul Mamede	
PERDA SANGÜÍNEA:		Hemorragia Arterial Braço - Tegumento - Choque	



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

Comanda: 353323

CATEGORIA: _____

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Jose gilberto de silve Registro Nº: 179194
 Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 30/04/18
 Cirurgia: Fret Rumbo (1) Cirurgião: Dr. João Nilton
 Anestesia: sedação Anestesta: 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				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemacel				Xylocaina Spray			
Inoval				propofol	05 amp		
Keflin 1g amc	01 amp			Tramadol	01		
Ketalar	01 amp			Diprisona	02		
Lasix				ketorolac	01		
Methergin				el + nado	05 unid		
Marcaína Pesada							
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							

Conferido Com Documento

Carinal Bezerra PE 28/04/18

al Jesus Pequenininho

José Lourinaldo dos Santos

Assistente Social

GRESS 10150



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/10/2020 15:47:52

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010291547525690000068945382>

Número do documento: 2010291547525690000068945382

Num. 70314759 - Pág. 25

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Aguilha Desc. 25x+03 unid				Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival 120 02							
Aguilha Raque				FIOS			
Aguilha 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 Ago			
Comp. Cirúrgica 105 01 ped				Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon			
Dreno Penrose				Mononylon			
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotes				Prolene			
Esparadrapo 12				Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5 04 ped				LÍQUIDOS			
Gase Furacionada				Água Oxigenada 50			
Gelfoan				Alcool Simples 50			
H. Kuntscher				Alcool Iodado			
Intracath				Éter			
Luva Descartável 702 04 pares				Formol			
Luva Comum 12 04 pares				Gempol			
Lâmina Bisturi				Glutaril			
Lâmina Gillette				Pov Tópico			
Látex 204				Pov Degermante			
P. S. Petersen				cloroxina 200ml			
P. L. Sherman				OXIGÊNIO			
Pr. S. Petersen				oxímetro de pulso 12			
Par. Sherman				Das ____ às ____			
Pino Stelman							
Prótese Thompson				PROTÓXIDO			
Scalp				Das ____ às ____			
Seringa 03 cc 03 unid							
Seringa 05 cc 02				TAXAS			
Seringa 10 cc 01				Aspirador 12			
Seringa 20 cc				Artroscopia			
Seringa Vidro 05 cc				Bisturi Elétrico 12			
Seringa Vidro 10 cc				Desfibrilador			
Seringa Vidro 20 cc				Monitor 12			
Seringa de 01 cc				Torre 05 unid			
Sonda Estom n°				masseiras 05			
Sonda Levine n°				para pe 05			
Sonda Uretral n°				persone plano 05			
Sonda Foley n°							
Sonda "3v" n°							
Sonda p/ O ₂ 01 unid							



RFP 320154
 LDI 324117
 Reg. ANVISA: 1020370000





bradesco

BEN - Bradesco Ita e Ita
Deposito Conta Poupança

Data: 17/11/2019 Hora: 01:00:05 N. Trans: 6911
Valor: 10,00

Favorecido:
Banco: 237
Agência: 0590 / CREJO MADRE DE DEUS
Conta: 0001786-7

Titular: JOSE GILBERTO DA SILVA

Sujeito a conferência.

O depósito realizado através 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.
Sem talão de cheques em segurança.
Sem pedir no talão.
Sem esperar pelo correio.

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Rescaldos e Juros máximos
0800 704 8933
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0089
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Quadrilha - 0800 727 5933
Atendimento de segurança a ser feito das
0h às 18h, exceto feriados.

Deposito
Feria um bom dia



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

MARCO JENNICO DE BRILHO

1485415452

2922943 RDD PE

285.928.134-15

04/09/1966

ANTONIO FERNANDA FILHO

MARIA JOSE BICCHIERA

0033670015

07/09/2008

04/09/1966

PERNAMBUCO

28/09/2017

PERNAMBUCO

3420040040

PRO40000254

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETTRAN - PE Nº 0138152396
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 549827808 2014

JUNIOR JOSE DA SILVA

BELO JARDIM-PE

055.785.944-22

K13B477

ICIRCLE:03728696

232 MOTOCICLETA A ELCO/CAS

HONDA/CG 150 FAN ZFI 2012 2012

29/149CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2012 QUITADO

1

SEGURO VAGO

SEM RESERVA

BELO JARDIM-PE 23/02/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Secretário Executiva DETRAN/PE



ARUANA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WESLEY CILBERTO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 09.12.2019 CPF DA VÍTIMA 099.124.374-97
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARIO JANDOIR DE ARAUJO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUBO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA COLOMBIA
 Nº 43 COMPLEMENTO BAIRRO MAURICIO DE NASSAU
 CIDADE CARUARU UF PE CEP 55012-580
 E-MAIL M55E@GMAIL.COM TELEFONE (81) 99832-9777
9.8216-6977

Marque (X) para cada documento entregue:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAÇÃO 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 AUTENTICAÇÃO 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETEIM 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, Tais 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAÇÃO 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 JORNADAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCÁIS JORNADAIS E LEGÍVEIS DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEÍTUO 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, Tais 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

- MORTE = R\$ 1.1. BRL
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 1.1. BRL. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74
- DESPESAS MÉDICAS (JORNAL) = REEMBOLSADO ATÉ R\$ 2.700,00 (DUZENTOS E SETENTA E CINCO MIL REAIS) POR ANO, 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 FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRABALHO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 800 012 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

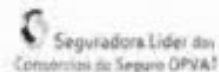
DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Mario Jandoir de Araujo

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 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: JOSÉ 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 seqüela

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 seqüela

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



OUTORGANTE (Vítima beneficiária)

OUTORGADO (Procurador)

Data do acidente: ____/____/____

2 fani Gilberto de Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (VITIMA/BENEFICIÁRIO)

Reconhecer firma por autenticidade

BAJO DA MDE DEUS, 13 de NOVENBRO de 2019

Local e data:

CARTÓRIO ÚNICO (TABELIONATO, REGISTRO DE IMÓVEIS, PROTESTO E TÍTULOS)
R. Odeio Comédia, n.º 237 - Centro - São João del-Rei - MG - CEP: 36.201-120

Acordo para Autenticação e Firma de JOSÉ GILBERTO DA SILVA
em R\$. 19/11/2019 09:46:38 - RECIBO MARIA LINA
+ LINA DE OLIVEIRA - TABELA R\$ Emol. R\$
3,39 TISS R\$ 0,80 FERT R\$ 0,40 FERT R\$ 0,08 FUNDS
R\$ 0,08 ISS R\$ 0,20 - Total R\$ 4,87

3747-1213
R. de Madres de Deus - PE

CARTÓRIO ÚNICO
Consulte autenticidade em: www.cu.ufmg.br



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 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

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Josyelli de Oliveira Cabral





Número: **0000275-64.2020.8.17.2340**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Brejo da Madre de Deus**

Última distribuição : **15/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GILBERTO DA SILVA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70314 761	29/10/2020 15:47	ANEXO 2	Outros (Documento)



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco

**11875-Reclamação Pré-processual (PROCEDIMENTOS PRÉ-PROCESSUAIS DE
RESOLUÇÃO CONSENSUAL)**

0018246-26.2014.8.17.0480



Assuntos: Acidente de Trânsito > DPVAT

Tramitação Preferencial 1

☐ SIM
☒ NÃO

Tramitação Preferencial 2

☐ SIM
☒ NÃO

Gratuidade Judiciária

☒ SIM CF, Art. 5º
☐ NÃO Inciso LXXIV

Nº do Processo
0018246-26.2014.8.17.0480

PROCESSO DO 1º GRAU
Volume Apenso

Data Autuação
22/12/2014 18:17

Data: 22/12/2014 18:18
Classe originária:

DISTRIBUIÇÃO

Tipo: Distribuição - Sorteio Automático

ÓRGÃO JULGADOR

Comarca: Caruaru
Vara: Central de Conciliação Mediação e Arbitragem de Caruaru

PARTES

Autor : JOSE GILBERTO DA SILVA
Adv : José Carlos Izidro Oliveira
Réu : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): JOSE GILBERTO DA SILVA

inscrito no CPF: 099.124.374-97, vem solicitar com respaldo no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção

Recife, 22 de Dezembro de 2013

“DE ACORDO”:

x José Gilberto da Silva
Autor(a)



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA
COMARCA DE CARUARU-PE.

VARA CÍVEL DA

22
12
14

Elza Maria da Silva
Mat. 1.651-2
Aux. Judiciário

JOSÉ GILBERTO DA SILVA, brasileiro, operário, inscrita na RG sob o n. 7.667.552-SDS-PE., e no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o n. 099.124.374-97, residente e domiciliado na Trav. José Fernandes, n. 35 – Brejo da Madre de Deus-PE., por seu bastante procurador e advogado no final assinado, BEL. JOSÉ CARLOS IZIDRO OLIVEIRA, OAB-PE 12.710, escritório e endereço para intimações na Rua 7 de Setembro, n. 94, 1º andar sala 104 – CEP 55 004 150 – Bairro Nossa Senhora das Dores, Tel. 081. 9287 2126 – Centro, Caruaru-PE., vem, respeitosamente perante Vossa Excelência, requerer AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO –DPVAT, pelo procedimento SUMÁRIO nos termos do art. 275 “e” art. 277 do Código de Processo Civil, contra SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A, inscrita no CNPJ sob o n. 09.248.608/0001-04, com sua sede social localizada na RUA SENADOR DANTAS, n. 74, 5º ANDAR, CEP 20031-205, Centro, Rio de Janeiro, pelas razões de fato e de direito que passa a expor.

DO FATOS: Os docs. juntos certificam que o autor foi vítima de acidente de trânsito. O referido acidente aconteceu no dia 10/05/2011, conforme BO junto. Logo após o acidente o autor foi socorrido para os procedimentos reclamados nesses casos conforme documentação acostada.

Pela documentação acostada o autor comprova a ocorrência do acidente e sua condição de portador de seqüelas permanentes conforme documentação médica acostada. Provados, pois, a ocorrência do acidente e o dano sofrido, resultam preenchidos os requisitos do art. 3º do Código de Processo Civil.

DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO: Como o autor foi vítima de acidente automobilístico, faz jus à proteção da Lei 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais), causados por veículos automotores de via terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não. O dispositivo legal apontado acima estabeleceu para a indenização por morte e invalidez permanente a importância de R\$ 13.500,00, e R\$ 2.700,00 para os casos de despesas médicas e hospitalares.

Para os casos de quantificação da indenização a Lei 11.945/2009, nada estabeleceu senão transformar o valor da indenização estabelecida pela Lei 6. 194/1974 em indenização tabelada.

Bel. J. C. Izidro
OAB-PE 12.710



DO PEDIDO: Pede o demandante a procedência do pedido e a condenação da demandada no pagamento da importância de R\$ 13.500,00. Pede ainda digno-se Vossa Excelência de conceder a gratuidade da justiça conforme faculta a Lei 1.060/50 e CF/88.

DO VALOR DA CAUSA: R\$ 13.500,00

DAS PROVAS COM QUE O AUTOR PRETENDE DEMONSTRAR A VERDADE DOS FATOS ALEGADOS: Prova documental acostada, depoimento pessoal da demandada na pessoa do seu representante legal, prova pericial, juntada posterior de documentos e demais meios de prova em direito admitidos.

DO REQUERIMENTO: Requer a citação da demandada para comparecer à audiência e contestar querendo a ação sob pena de revelia e confissão quanto a matéria de fato.

São os termos em que pede e espera deferimento.

Caruaru-PE., 12.12.2014

Bel. José Carlos Izidro Oliveira

OAB-PE 12.710

Bel. J. C. Izidro
OAB-PE 12.710





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 29/10/2020 15:47:52
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102915475275900000068945384>
 Número do documento: 20102915475275900000068945384

IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IV GERES
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

FICHA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA (Continuação)

REGISTRO Nº	0000059134	NOME	JOSE GILBERTO DA SILVA
-------------	------------	------	------------------------

CONDUTA

HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS MEDICAÇÃO

① 64 Físico
 ② 64 Republicano
 ③ 64 Brasileiro 48
 ④ 64 Russo-ruso 48
 ⑤ 64 Português 48
 ⑥ 64 Inglês 48
 ⑦ 64 Francês 48
 ⑧ 64 Alemão 48

RELATÓRIO DA ENFERMAGEM

Data: / / Hora: P. A.: Temp.: Pulso:

RELACIONES

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CID-10 []

Langgung + IPN

CONDIÇÕES DA ALTA

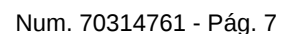
DATA: 181001 11 HORA: 11:11

☒ CURADO ☐ INTERNADO ☐ ÓBITO

[] TRANSFERIDO

Dr. Fabio Menezes
Residente
Cirurgia Traumatologia
Branco Maxilo-Facial
CRP-RJ: 8760

MÉDICO / ASSINATURA / CARIMBO



TEL: 9771 0555 AP=
9443 8306 NINO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BREJO DA MADRE DE DEUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DR. JOSÉ CARLOS DE SANTANA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o (a) paciente:
Jose Gilberto da Silva
foi assistido em caráter de urgência nesta Unidade de Saúde, no dia
10/04/2011 tendo sofrido acidente de
Sendo realizado procedimentos e transferido p/ H.R.A.

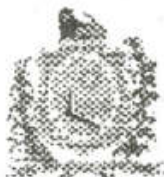
Brejo da Madre de Deus, 02 / 01 / 2014

Atenciosamente

Maria Auxiliadora de S. Santos.
Diretoria

Prça Vereador Abel de Freitas S/N
Brejo da Madre de Deus CEP: 55170000
Fone: 3747-1164





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
14A. UNIDADE SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0045001850

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/03/2014 às 06:28

Número do BO que este complementa: 14E0045001015

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 10/5/2011 às 11:13

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, NA SAIDA DA CIDADE PROXIMO AO POSTO DE GASOLINA** - Bairro: **CENTRO** - Município: **BREJO DA MADRE DE DEUS** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
JOSÉ ERNANDO PEREIRA FERREIRA (OUTRO)
JOSÉ GILBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GILBERTO DA SILVA

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

(VITIMA) - JOSÉ GILBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA CICERA DA SILVA**, Pai: **ISMAEL SEBASTIÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **13/4/1987**, Naturalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Documentos: **7867852/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**, Escolaridade: **NAO INFORMADO**, Profissão: **NAO INFORMADO**, Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**, Telefone Celular: **NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 35, RUA TV JOSE FERNANDES, 55000-000, CENTRO, BREJO DA MADRE DE DEUS, PERNAMBUCO, BRASIL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comercial: **NAO INFORMADO**

(OUTRO) - JOSÉ ERNANDO PEREIRA FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **NAO INFORMADO**, Pai: **NAO INFORMADO** Data de Nascimento: **NAO INFORMADO**, Naturalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Estado Civil: **NAO INFORMADO**, Escolaridade: **NAO INFORMADO**, Profissão: **NAO INFORMADO**, Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**, Telefone Celular: **NAO INFORMADO**

Endereço Residencial: **NAO INFORMADO**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comercial: **NAO INFORMADO**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ERNANDO PEREIRA FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ GILBERTO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA / HONDA / CBX** - Objeto apreendido: **Não** - Número de Série: **NAO INFORMADO**

Cor: **NAO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE NAO INFORMADA)** Valor Unitário: **0,00 (MOEDA NAO INFORMADA)**

Placa: **DGH0721 (RONDONIA / NAO INFORMADO)** Renavam: **783863942**

Complemento / Observação

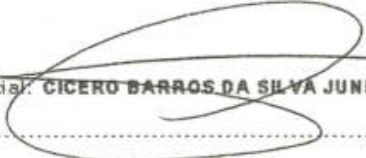
A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA TRANSITANDO COM A MOTO ACIMA DESCRITA QUANDO EM UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A BATER EM UMA ARVORE, A VITIMA FICOU MACHUCADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO.

<http://ww8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=45&idOc=43974...> 12/3/2014



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

JOSÉ GILBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial:  CICERO BARROS DA SILVA JUNIOR - Matrícula: 319936-3





```
*=====*
```

* Megadata Computacoes	D.P.V.A.T.	27/01/2015	17:42:56	*
* Danos Pessoais Causados por Veiculos Automotores de Via Terrestre *				
* DPV010T	***** CONSULTA POR NOME DE SINISTRADO	***** V158 /	DPV613P	*
=====				

ANO / NUM. / LANC -	2014 / 277046 / 03	COD. DEPEND... - 772
COD. SEG. - 6084	TIPO DOCUMENTO - 4	EX -
NUM. DOCUMENTO - PE783863942	DT.CADAST.PARC.- 00 / 00 / 0000	
CATEGORIA - 09	DT. SINISTRO... - 10 / 05 / 2011	
DT. CADAST.... - 10 / 04 / 2014	DT. RATEIO ... - 28 / 05 / 2014	
NATUREZA - 2	CPF VITIMA - 09912437497	
NOME DA VITIMA - JOSE GILBERTO DA SILVA	VALOR INDENIZ. - 1.350,00	
DT. NASC..... - 13 / 04 / 1987	VLR COR.MON/JUR- 0,00	
SEQUENCIA - 001	DT. PAGAMENTO	
COD. REC/RECL. - 1		
NOME RECEBEDOR - JOSE GILBERTO DA SILVA	DT. ATUALIZ... - 26 / 05 / 2014	
CPF/CGC RECEB. - 00009912437497		
PROCURADOR/INT.-	BOLETIM - 14E004500185	
CPF/CGC PRC/INT- 0000000000000000	UF DELEGACIA - PE	
DELEGACIA - 14ª UNIDADE SECCIONA	SUB-JUDICE ... - DT. RECEB.	
REGULACAO - 1	CONF. PGTO -	☐ / ☐ / ☐
DT. RECLAMACAO - 10 / 04 / 2014		

```
*=====*
```

ENTER = CONTINUAR	PF03 = FIM	PF07 = VOLTA MENU
-----------------------------------	------------	-------------------



CHECK LIST - MUTIRÕES DPVAT - CONCILIAÇÃO PRÉVIA

ESCRITÓRIO CONTENCIOSO: Rurida

DATA DA AUDIÊNCIA:

27/02/15

GPROC:

7453077

NÚCLEO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA: NCP1

ADVOGADO:

HIGINIO

☒ CM ☐ VC ☐ JEC ☐ TJ COMARCA:

UF: PE

DADOS DO PROCESSO

AUTOR	NOME: <u>Jose Gilberto da Silva</u>
	☐ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ REP. LEGAL
PROCESSO	<u>0048246-26.2014.8-7-0480</u>
VÍTIMA	NOME: _____
	☐ INCAPAZ ☐ MENOR
OBJETO	☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ REEMBOLSO DE DMS
	DATA DO SINISTRO: <u>30/05/14</u>

INVALIDEZ PERMANENTE

LAUDO NOS AUTOS?	☐ NÃO ☐ IML ☒ JUDICIAL ☐ PARTICULAR ☐ MUTIRÃO ANTERIOR ☐ OUTROS:
LESÃO APURADA NO LAUDO ANTERIOR AO MUTIRÃO:	☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%
AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:	1. <u>crânio parietal</u> ☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%
	2. _____ ☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%
	3. _____ ☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%
EMPRESA MÉDICA <u>Rurida</u>	☒ ACE ☐ CNIS ☐ SAUDESEG ☐ IMEP ☐ SALEK ☐ EXTRAMED ☐ ATPE ☐ MS MOZES

MORTE

DATA DO ÓBITO: _____	CERTIDÃO DE ÓBITO ☐ SIM ☐ NÃO	BENEFICIÁRIOS: ☐ CÔNJUGE ☐ FILHOS ☐ OUTROS:	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:
----------------------	---	--	------------------------------

VP- 2025,00

M- 202,50

MUTIRÃO DE CONCILIAÇÃO DPVAT NCP

ACORDO

☒ SIM

Valor Total do Acordo:

R\$: 2227,50

☐ NÃO

MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO

☐ AUTOR NÃO COMPARECEU	☐ LITISPENDENCIA
☐ NÃO ACEITOU PROPOSTA	☐ SINISTRO PAGO ADMINISTRATIVAMENTE
☐ ILEGITIMIDADE ATIVA	☐ PRESCRIÇÃO
☐ VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO	☐ VÍTIMA SOFREU O ACIDENTE MAS NÃO HÁ LESÃO
☐ SENTENÇA DE EXTINÇÃO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO NOS AUTOS	☐ SINISTRO NÃO É DE RESPONSABILIDADE DO CONSÓRCIO
☐ JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS	☐ JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL EM OUTRO PROCESSO
☐ SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA COM TRÂNSITO NOS AUTOS	☐ SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA SEM TRÂNSITO NOS AUTOS
☐ NÃO É ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR	☐ VÍTIMA POSSUI LESÃO MAS NÃO HÁ NEXO COM O ACIDENTE
☐ REGULAÇÃO 2 (AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO DUT)	☐ REGULAÇÃO 8
☐ OUTROS	

VERIFICAÇÃO MEGADATA

PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	☒ SIM ☐ NÃO
NATUREZA DO SINISTRO:	☐ 1 - MORTE ☐ 2 - INVALIDEZ ☐ 3 - DMS ☐ OUTRA
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$ <u>4350,00</u> NAT: _____
	DATA DO PGTO: <u>27/05/14</u>
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$ _____ NAT: _____
	DATA DO PGTO: _____
PAGAMENTO JUDICIAL	R\$ _____ NAT: _____
NATUREZA DO PGTO (TELA 30)	DATA DO PGTO: _____





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Central de Conciliação, Mediação e Arbitragem de Caruaru
Av. José Florêncio Filho - Loteamento Alvorada, s/nº - Maurício de Nassau - Caruaru/PE - CEP: 55014-837
Telefone(s): (81) 3725.7451

TERMO DE SESSÃO DE MEDIAÇÃO/CONCILIAÇÃO

Procedimento nº 000182/2015-00 Turma - CT02

Processo Judicial nº 0018246-26.2014.8.17.0480

Vara: Central de Conciliação Mediação e Arbitragem de Caruaru

JOSÉ GILBERTO DA SILVA

SEGURADORA LIDER DE CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Conciliador/Mediador responsável: Andrea Paula Pontes dos Santos

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de fevereiro do ano de 2015, feito o pregão às 16:40 h, na presença do MM. Juiz de Direito Dr. Marupiraja Ramos Ribas e da conciliadora Andréa Paula Pontes dos Santos, deu-se por aberta a audiência de conciliação, na qual compareceram a parte Demandante, o(a) Sr(a). JOSÉ GILBERTO DA SILVA - portador da RG 7.667.552 SDS/PE e CPF nº 099.124.374-97, assistido(a) pelo(a) advogado(a) Dr(a). JOSÉ CARLOS IZIDRO OLIVEIRA (OAB 12710D), a Empresa Demandada, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, representada pelos prepostos Sr. Danielle Oliveira, CPF nº 096.130.537-19, e Lella Caires - CPF 034.062.507-42, Cassiano Alfoe - CPF 086.550.027-47, conforme carta de preposição e procuração apresentada e juntada nesta data, assistida pela Dr. HIGINIO LUIZ ARAÚJO MARINSALTA - (OAB/PE 25616).

ABERTA A AUDIÊNCIA, após ser a parte autora submetida a exame médico, conforme LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES datado do dia 27 de fevereiro de 2015, firmado pelos médicos designados, Dr. Elson José Santos Miranda CRM 18.874 e Dra. Eva Valéria Figueiredo CRM/PE 15.541, em anexo.

As partes para fins de composição chegaram ao seguinte acordo:

1. A DEMANDADA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT compromete-se a pagar a(o) autor(a), o(a) Sr(a). JOSÉ GILBERTO DA SILVA - portador da RG 7.667.552 SDS/PE e CPF nº 099.124.374-97, valor total de R\$ 2.227,50 (dois mil duzentos e vinte e sete reais e cinquenta centavos), dos quais R\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais) serão em favor do autor e R\$ 202,50 (duzentos e dois reais e cinquenta centavos), referentes aos honorários sucumbências, até o dia 27 de abril de 2015.

2. O pagamento será realizado por meio de CHEQUE NÔMINAL. O autor desde já autoriza o seu patrono a retirar, mediante o escritório responsável por esse processo, o cheque nominal em seu nome, o(a) Sra. JOSÉ GILBERTO DA SILVA - portador da RG 7.667.552 SDS/PE e CPF nº 099.124.374-97, no valor acima descrito.

Fica advertida a parte demandada que o descumprimento da obrigação de pagar ora acordada ensejará a execução por quantia certa no valor acordado, acrescido de multa de 10% (dez por cento), mais juros de 1,0% (um por cento) ao mês e correção monetária, até a data do efetivo cumprimento.

Satisfeita a obrigação, a parte demandante dará plena, geral e irrevogável quitação de todo o objeto deste litígio para nada mais reclamar a este respeito, em juízo ou fora dele.

As partes renunciam o prazo recursal.

Em face do(a) autor(a), defiro a gratuidade. Custas a serem satisfeitas pela Demandada, na forma da lei.

Resolve o MM Juiz, por uma questão de celeridade processual, decretar a seguinte decisão:

SENTENÇA

Nos termos do artigo 2º, inciso I da Instrução Normativa nº 16 de 01/10/2014, publicado no DJE nº 181/2014 em 02.10.2014, tendo em vista a conciliação celebrada entre as partes, conforme ata de audiência realizada no IV Mutirão DPVAT, acostada aos autos, resolvo HOMOLOGAR POR SENTENÇA, os termos conciliatórios pactuados, para que surtam seus jurídicos e legais efeitos, pelo que preceitua o artigo 269, III do CPC. Vistos, etc. Ciente as partes, declinam a assinatura nesta ata de acordo. Após, archive-se.

Caruaru/PE, 27 de fevereiro de 2015.

Dr. Marupiraja Ramos Ribas
Juiz de Direito - Coordenador

Andréa Paula Pontes dos Santos
Conciliadora

x José Gilberto da Silva
Demandante

Cassiano Alfoe
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A

Advogado do Demandante

Advogado da Demandada



Processo nº 0018276-20-2049

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

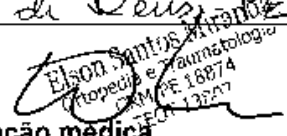
R356

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 8.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: JOSE GILBERTO DA SILVA
CPF: 099.124.374-97
Endereço completo: Av. José Guedes, 35 - Centro - Brejo da
Mãe de Deus

Informações do acidente

Local: Centro de Brejo da Mãe de Deus, PE
Data do Acidente: 10/10/2010 10/15/11

Elson Santos Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 18874
RTEO 13527

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de _____ - (____).

Local, data.

Jose Gilberto da Silva
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Trinco - braço.

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Trinco - braço. OPA e plar -
mais (16 cirurgia)

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

2356

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitações 26 horas por dia, e
obstáculo para a escrita e estudo.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- ☐ Sim, em que prazo:
- ☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ **Total**
(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) ☒ **Parcial**
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ☒ **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 3º da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico Marque aqui o percentual

1ª Lesão Crânio-facial ☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico – CRM

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



PARECER - ASSISTENTE TÉCNICO SEGURADORA LIDER-OPVAT

JUSTIFICATIVAS

Empresa Médica:

R 356

VÍTIMA:

João Gilberto da Silva

PROCESSO:

18246-76-2014 VARA:

PASTA:

JUSTIFICATIVA DE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR:

*Tramite transição
necessária para o tratamento da lesão
(abertura de fratura) e tratamento*

PREENCHER EM CASO DE DIVERGÊNCIA:

DATA:

27/02/15

[Assinatura]

Dr. Renato Canuto
CRM - 2668
ACE

Assinatura - Nome do Médico Assistente Técnico - Carimbo com CRM

