
Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338811

Vítima: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEBIAS ANTONIO 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, contados 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, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338811

Vítima: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 29/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEBIAS ANTONIO 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\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000002169-5

Conta: 0000012585-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 354.399.474-34 4 - Nome completo da vítima: Josebias Antonio da Silva

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

5 - Nome completo: Josebias Antonio da Silva 6 - CPF: 354.399.474-34
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: TV. Treze de Maio 9 - Número: 99 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pontalhão 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55457-546
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258-3087

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)

AGÊNCIA: 2169 CONTA: 12585

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou nascituro(s) 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Belo Jardim 021/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



DESBLOQUEIE seu cartão no
Autoatendimento Bradesco

Caso o cartão não possua a função crédito
habilitada, entre em contato com sua
agência. Esta função estará sujeita à
análise e aprovação de crédito.

5090 0004 1648 0200

09/21	2169 5	0012585 7	02	00
VÁLIDO ATÉ	AGÊNCIA DIG	CONTA	DIG VIA	TIPO

JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

elo

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 354.399.474-34 4 - Nome completo da vítima: Josebias Antonio da Silva

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

5 - Nome completo: Josebias Antonio da Silva 6 - CPF: 354.399.474-34
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: TV. Treze de Maio 9 - Número: 99 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pontalhão 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55457-546
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 9.9258-3087

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)

AGÊNCIA: 2169 CONTA: 12585

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou nascituro(s) 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



DESBLOQUEIE seu cartão no
Autoatendimento Bradesco

Caso o cartão não possua a função crédito
habilitada, entre em contato com sua
agência. Esta função estará sujeita à
análise e aprovação de crédito.

5090 0004 1648 0200

09/21	2169 5	0012585 7	02	00
VÁLIDO ATÉ	AGÊNCIA DIG	CONTA	DIG VIA	TIPO

JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

elo

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

Belo Jardim - PE, 05 de Maio de 2020.

JOSE Soares de Melo Filho - 1º Tenente QOA/BM
Comandante da 3ª SB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº DOp 0XX/20

O Comandante da 3ª Seção de Bombeiros do 2º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por requerimento do Sr. **JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA**, registro geral nº 2.485.658 SDS/PE, CPF nº 354.399.474-34, residente na Travessa 13 de Maio, nº 99, Bairro Pontilhão, Belo Jardim - PE, **CERTIFICA** que, de acordo com a ordem de serviço operacional nº 1377878, foi deslocada a viatura AR 404 da 3ª seção de Bombeiros, Belo Jardim - PE, às 07h05min do dia 29 de Março de 2020, para atender uma ocorrência de **QUEDA DE MOTO**, ocorrido na PE 166, Zona Rural, Belo Jardim - PE, envolvendo uma motocicleta SUNDOWN WEB 100, prata, Placa KKQ 0181 PE, e vitimando o requerente (condutor da moto), que apresentava fratura fechada no membro inferior direito; a vítima foi conduzida ao Hospital Júlio Alves de Lira de Belo Jardim - PE, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o Dr. EDUARDO CORTE REAL LIRA, CRM 21725.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo comandante da 3ª Seção de Bombeiros (2º GB) e pelo comandante da unidade.

2ºSGT BM Mat. 940489-9 **FRANCISCO QUIRINO DA SILVA FILHO** -
Graduado de dia da 3ª SB, _____



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:

30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

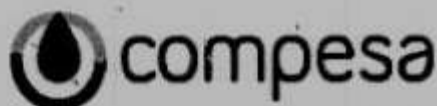
BANCO: 237

AGÊNCIA: 02169-5

CONTA: 000000012585-7

Nr. Autenticação

BRADESCO300920200500000000002370216900000001258584375 PAGO



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2020082442337

Escritório: BELO JARDIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

IRACEMA RITA DA SILVA

TV TRESSE DE MAIO, N. 99 - PONTILHAO BELO JARDIM PE 55157-546

INSCRIÇÃO: 017.140.083.0032.000

GRUPO: 2

MATRICULA:

00244233.7

08/2020-9

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 00244233.7

RESPONSÁVEL:

SIGNATURA DATA RECEBIDA

DESCRIÇÃO DE LIGADO	SITUAÇÃO DEBITO POTENCIAL	EXISTÊNCIA 1	UNIDADE DE CONSUMO COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
RIDAMIT- ALZU144070	DATA LEIT. ANTERIOR 23/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 24/08/2020	TIPO DE CONSUMO(A): ESTIMADO /		

ÁGUA

LEIT. ANT.: 666

LEIT. ATUAL: 666

LEIT. FAT.: 666

CONSUMO: 13

C FORA FAIXA

ESGOTO

LEIT. ANT.: 0

LEIT. ATUAL: 0

LEIT. FAT.: 0

VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

07/2020	9/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
06/2020	9/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
05/2020	9/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
04/2020	9/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
03/2020	9/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
02/2020	5/	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
MÉDIA	9/	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	42
CORO RESIDUAL	48	48	48
COLIFORMES TOTAIS	48	48	47
E. COLI	48	48	48

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 1/4 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CORO 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 E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020

JUROS DE MORA 06/2020

10 M3

3 M3

44,08

15,15

0,88

0,11

PARÂMETRO	VALOR DE DEBITO	VALOR TOTAL R\$	VALOR DO PAGAMENTO
PIS	59,23	1,65	0,98
COFINS	59,23	7,60	4,50

VENCIMENTO:

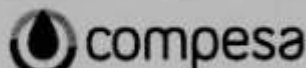
05/09/2020

TOTAL A PAGAR:

60,22

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/09/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

00244233.7

08/2020-9

VENCIMENTO:

05/09/2020

TOTAL A PAGAR:

60,22

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828000000000-1 60220018017-1 00244233701-5 08202090003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Jose Bias Antonio da Silva residente Travessa 13 de Maio 99 Pontalino esteve internado neste Hospital no período de 29-03-2020 à _____ com diagnóstico de CID: Trauma prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 22/04/2020

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL/UPA

Responsável





Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N°:

Data: 29/03/2020

Hora: 07:25

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:

PACIENTE

Nome: João das Antônias da Silva Idade: 47

Data de Nascimento: 1/1/1973 Sexo: M Cor: Pardo Estado Civil: -

Naturalidade: RRV Profissão: 13 de maio 99 Pontilhão

Endereço: RRV 13 de maio 99 Pontilhão

Procedência: 2 Telefone: -

RESPONSÁVEL

Responsável: Bombeiro Parentesco: -

Endereço: Bombeiro Fone: -

Trazido por: Bombeiro Fone: -

Endereço: - Fone: -

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: - Data: - / - / - Hora: -

NATUREZA
DO
ACIDENTE

- ☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

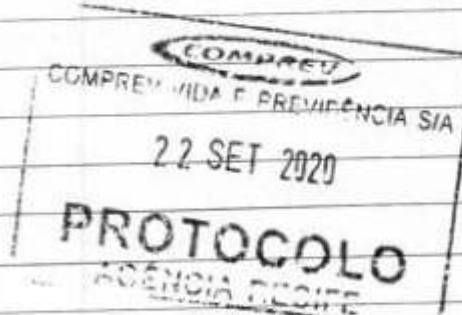
Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual: Portante com relato de queda de mobilidade,
há 1 hr, em um carro (D)

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: - Pulso: - Temperatura: - Peso: -

Diagnóstico Provisório: trauma



leova A. Ferreira
Coordenador Executivo
HSA/UPA

Suete Costa
RECEPCIONISTA

-
MÉDICO CREMEPE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

02/03/20

DATA

NOME

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐



Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL/LIRA

NOME

CRM

DATA



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

[illegible]

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☐ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____ Tel: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Nome: _____ Tel.: _____
Endereço: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente	Nº de Casos	%
Morte	7	100%

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

29/03/2020 10:21:44
2 de 2

COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLLO
AGENZIA REGIONALE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: José Ilson Antônio da Silva, 57 anos

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS: Paciente com relato de queda de motocicleta há 1 hora, com dor no punho (D).

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

RA 130 x 80 mmHg G: 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura de rádio (D)

CONDUTA ADOTADA:

Tratado 100% EV, Voltou ao IM

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

Hospital Local de Apoio
Tratado Original

ENCAMINHADO PARA:

5513925

03/03/20

DATA


MÉDICO
CRM 21725

NOME

21725

CRM

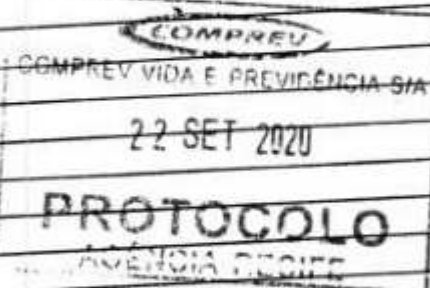
UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

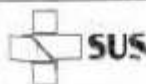
EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:



LOCAL NA UNIDADE DE ORIGEM ☐
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐
OUTRO SERVIÇO ☐



Sistema Ministério
Único de da
Saúde 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

Josefin Antônio de Siqueira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

35672

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/12/69

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☒ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria de Lourdes de Siqueira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Tranqueira 13 de maio

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

17 - CDD: IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente de moto, apresentando dor na perna (D) Exame 2+/4+

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

fratura de fêmur distal

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/03/20

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

42 - CNPJ EMPRESA

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD: ÓRGÃO EMISSOR

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

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PROTOCOLADO
22 SET 2020
AGÊNCIA REGIO

Data e hora retirada da senha: 29/03/2020 09:58

Nome Paciente: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 08/12/1962
Sexo: Masculino
Idade: 57
Senha: U0006
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 29/03/2020 10:14 - 29/03/2020 10:16

CHALANA ALMEIDA SANTOS ARRUDA - COREN: 402336 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DE BELO JARDIM, COM SENHA 5913475, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, FRATURA EM PERNA DIREITA.NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAEMNTOSA.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: CHALANA ALMEIDA SANTOS ARRUDA - COREN: 402336 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2020 10:16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338811 **Cidade:** Belo Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 29/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: **POUCA DOCUMENTAÇÃO/ UTILIZADO CONJUNTO PROBATÓRIO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267269/20

Vítima: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

CPF: 354.399.474-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEBIAS ANTONIO 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

JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA : 354.399.474-34

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: 22/09/2020
Nome: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA
CPF: 354.399.474-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva