



Número: **0073141-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72958 049	23/12/2020 10:46	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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

Carta n° 16145646



Pag 00201/00202 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 2012231046409880000071520380

Núm. 72958049 - Pág. 1



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012231046409880000071520380>
Número do documento: 2012231046409880000071520380

Núm. 72958049 - Pág. 2



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: 4 - Nome completo da vítima:
354.399.474-34 Josebias Antônio da Silva

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 9.9258-3087		

*Josebias Antônio da Silva
Eletronar-se TV. Treze de Maio
Portilhos Belo Jardim PE 55157-546*

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

22/07/2020

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:

COMPANHEIRO VIDA E PROVIMENTO

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

PROTÓCOLO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário sobre assinatura

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Belo Jardim 02/09/2020

Rodrigo Henrique da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 4



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: 4 - Nome completo da vítima:
354.399.474-34 Josebias Antônio da Silva

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

5 - Nome completo:	Josebias Antônio da Silva		6 - CPF:	354.399.474-34
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
Jeletron - se	TV. Treze de Maio	99		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	55157-546
Pantilhoso	Belo Jardim	PE	(83) 9.9258-3087	
15 - E-mail:				

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

COMPROVADA VIDA E PREVISÃO DE VIDA

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 (falso nascimento)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou irmãos 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.

PROTÓCOLO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário sobre assinatura

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Belo Jardim 02/09/2020
José Elias de Melo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 6



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/1 - 2º Grupamento de Bombeiros

Belo Jardim - PE, 06 de Maio de 2020.

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



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 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. 940480-9 **FRANCISCO QUIRINO DA SILVA FILHO** -
Graduado de dia da 3ª SB,



Rua Cel. Fernandes Fontes Filho, s/nº, Pinheirópolis, CARUARU-PE, CEP 56034-000
Fone: (81) 3219-9219 e-mail: dospab@vahoo.com.br
fone: 0800 77330005-70
e-mail: sruas@inss.gov.br
CNPJ: 00.366.773/0005-70
2020/07/06, Ocorrência JUNIORIO ANTONIO DA SILVA, INC



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
BRADESCO30092020050000000002370216900000001258584375 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 8



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.compresa.com.br

Nº Documento: 2020082442337

Escritório: BELO JARDIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE:
IRACEMA RITA DA SILVA
TV TREZE DE MAIO, N. 99 - PONTILHÃO BELO JARDIM PE 55157-546
INSCRIÇÃO: 017.140.083.0032.000

MATRÍCULA: 00244233.7 DATA: 08/2020-9

GRUPO: 2

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 00244233.7

RESPONDENTE: IRACEMA RITA DA SILVA

ESTADO/AZIA LIGADO	ESTADO/ESGOTO POTENCIAL	RELEVÂNCIA 1	VISÃO GERAL DE CONSUMOS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
RIOGRANDE AL20144070	DATA LEIT. ANTERIOR 23/07/2020	DATA LEIT. ATUAL 24/08/2020		TIPO DE CONSUMO(AS) ESTIMADO /	

AQUA
LEIT. ANT.: CONSUMO: 13
LEIT. ATUAL: 666
LEIT. FAT.: 666 C FORA FAIXA

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	07/2020	06/2020	05/2020	04/2020	03/2020	02/2020	MÉDIA
	9/	9/	9/	9/	9/	9/	9/
	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■	■■■■■

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	42
CLORO RESIDUAL	48	48	48
COLIFORMES TOTAIS	48	48	47
E.Coli	48	48	48

OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 91% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	3 M3	15,15
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020		0,88
JUROS DE MORA 06/2020		0,11

PIS	59,29	1,65	5,98
COFINS	59,29	7,60	4,38

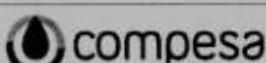
VENCIMENTO: 05/09/2020

TOTAL A PAGAR:

60,22

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/09/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VÁZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 05/09/2020

CÓDIGO DE BARRAS

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



Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

00244233.7

08/2020-9

TOTAL A PAGAR:

60,22

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que José Bias Antônio da
Júlia residente Travessa 13 de Maio
99 Ponteiro esteve internado
nesta 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





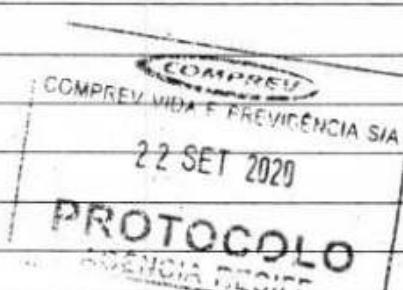
SECRETARIA DE SAÚDE

510
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

PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:	
	Nome: José Alves Antônio da Silva Data de Nascimento: / / Sexo: m Cor: Pardo Estado Civil: - Naturalidade: Endereço: RRV. 13 de maio 99 Pontalhão Procedência: Telefone: _____		
RESPONSÁVEL	Responsável: _____	Parentesco: _____ Endereço: _____ Fone: _____	
	Trazido por: Bombeiro Endereço: _____	Fone: _____	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____	Data: / / Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE	<input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho	<input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Agressão
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	História da Doença Atual: Ponte com nexo de quebra de madeira, de 3m, em terra em ferro.	
	Pressão Arterial: _____	P脉: _____	Temperatura: _____
EXAME - FÍSICO			
COMPRAVISITA E PREVENÇÃO SIA 22 SET 2020 PROTOCOLO AGÊNCIA DECRETE			
Diagnóstico Provisório: _____ Silvana RECEPCIONISTA		MÉDICO CREMEPE	

CONDIÇÕES DE ALTA		MOTIVO DE ALTA
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Óbito	Em: _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Melhorado		Hora: _____
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> + 48 horas	
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> - 48 horas	
Transferido para: _____		
Diagnóstico Definitivo: _____		
		
Observação: _____		
Data: _____ / _____ / _____		
MÉDICO CREMERE		

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 12



Secretaria de Saúde do Município
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com tradição

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: ... T... P... R... A... S... , S... m.

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

TRIBOL - 100 - 11g G-15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

02/03/20

DATA

S. M. CO
COMPLIMENTAR

NOME

2-238

CRM

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA SIA
22 SET 2020

PROTOCOLO
CORDEIRO DE MELO

TRATAMENTO PROPOSTO:

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

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJALUCA

NOME

CRM

DATA





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento das possíveis consequencias que esse ato possa acarretar.

RG: _____

Name: _____ Tel.: _____

Date: / /

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Name: _____ RG: _____

Nombre: _____ Tel.: _____
Endereço: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Alta _____ Internação _____

() Transferencia: _____

Condição de Alta

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

Data: / / **Hora:** _____ **Médico:** _____ **CRM:** _____

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

COMARCA Usuário do Atendimento
COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA SIA / MONICA/GS

22 SET 2020

PROTOCOLS



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

José Ilm Alves de Lira, 57 anos

REGISTRO:

DADOS CLÍNICOS:

Paciente em relato que teve infarto de thorax
em dia anterior (D).
Nao烟酒及飲食，無 FCE

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

FAT 120 + 80 mmHg G: 15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Infarto de Lira (D)

CONDUTA ADOTADA:

Trauma CO₂ EV, Volumen Sp IM

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

Floril Cervical Apople
Traumati Ocular

ENCAMINHADO PARA:

5913425

CRM 31725

21725

CRM

25/03/20

DATA

NOME

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO

AVENIDA BEIRA

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM

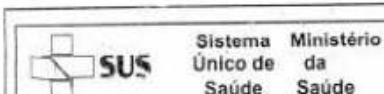
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA

OUTRO SERVIÇO

CRM

DATA





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

Josélin Antônio de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/12/00

9 - SEXO

Masc. Fem.

10 - RACA/COR

Pardo

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria de Lourdes de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO

(81) 9999-1024

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

*Travessa 13 de maio
Belo Jardim*

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima é acidente de moto, aparente
torso ferido
extre 2+1+

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

fratura de fíbula

23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*29/03/20**DR. WALTER VIEIRA*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

46 - PENSÃO () APENAS () NÃO SEGURO

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

*COMPREV**COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A*

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PROTÓCOLO

ACIDENTE DECITE

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 HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO, FRATURA EM Perna DIREITA NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 18

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267269/20

Vítima: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

CPF: 354.399.474-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/03/2020

Titular do CPF: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/12/2020 10:46:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122310464098800000071520380>
Número do documento: 20122310464098800000071520380

Num. 72958049 - Pág. 20