



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
72958049	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 nº 16145646





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, 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.

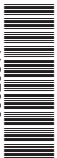
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00633/00634 - carta_15R - INVALIDEZ

00020317





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 ASI: 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: Eletricista 8 - Endereço: Rua Treze de Maio 9 - Número: 99 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pontalhão 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55157-546
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9.7258-3087

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0169 CONTA: 32585 (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: _____

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

FPS.001 V002/2019





Bradesco

DESBLOQUEIE seu cartão no
Autoatendimento Bradesco

Caso a [REDACTED] possua a função crédito
habilitada, entre em contato com sua
agência. Esta função estará sujeita à
análise e aprovação de crédito.



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5090 0004 1648 0200

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

JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

elo

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA DESPTE





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 ASI: 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: Eletricista 8 - Endereço: Rua Treze de Maio 9 - Número: 99 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pontalhão 12 - Cidade: Belo Jardim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55157-546
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9.7258-3087

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0169 CONTA: 32585 (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 5.194/74), 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 5.194/74.

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

FPS.001 V002/2019





Bradesco

DESBLOQUEIE seu cartão no
Autoatendimento Bradesco

Caso a [REDACTED] possua a função crédito
habilitada, entre em contato com sua
agência. Esta função estará sujeita à
análise e aprovação de crédito.



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

5090 0004 1648 0200

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

JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

elo

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA DESPTE





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, _____



Rua Cel. Fernando Fontes Filho, s/nº, Pindamonhanga, Caruaru-PE, CEP 55034-000
Fone: (0800) 3114 9215 e-mail: den@pbmpe.com.br
CNPJ: 06.946.773/0001-70
C:\Users\ysuatin\Desktop\CERT, 2020\05 Cert, Ocorrência JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA.doc

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

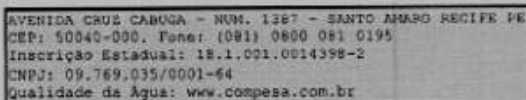
AGÊNCIA: 02169-5

CONTA: 000000012585-7

Nr. Autenticação

BRADESCO300920200500000000002370216900000001258584375 PAGO





Escritório: BELO JARDIM

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

00244233.7

08/2020-9

INSCRIÇÃO: 017.140.083.0032.000

GRUPO 2

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 00244233.7

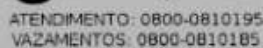
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	3 M3	15,15
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020		0,88
JUROS DE MORA 06/2020		0,11

05/09/2020

TOTAL, A. FAGAN	60,22
-----------------	-------

Environ Monit Assess (2008) 142:111–121

Printed on: 02/09/2020



COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

22 SET 2020

PROTOCOLO
ACORDIA DESDE

MATH 221A

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

00244233.7

08/2020-9

VENTIQUINTO 05/09/2020

TOTAL A PAGAR	60,22
---------------	-------

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



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 Silva residente Travessa 13 de Maio
99 Pontalvivo 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.


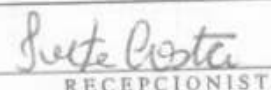

Belo Jardim 22 / 04 / 2020

Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
HJAL/UPA

Responsável



510

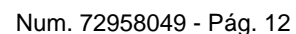
 Prefeitura de Belo Jardim A mudança começa com trabalho SECRETARIA DE SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR		Registro Nº: _____ Data: <u>29/03/2020</u> Hora: <u>07:25</u>
Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA				
PACIENTE	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF	
	Nome: <u>Jose Elias Antônio da Silva</u>		Idade: <u>47</u>	
	Data de Nascimento: <u>1/1/1973</u>		Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Pardo</u> Estado Civil: <u>-</u>	
	Naturalidade: <u>RRV. 13 de maio 99 Pontalzinho</u>		Profissão: _____	
	Endereço: _____		Telefone: _____	
RESPONSÁVEL	Responsável: _____		Parentesco: _____	
	Endereço: _____		Fone: _____	
	Trazido por: <u>Bombeiro</u>		Fone: _____	
	Endereço: _____		Fone: _____	
OCORRÊNCIA	Local do Acidente: _____		Data: <u>1/1/2020</u> Hora: _____	
	NATUREZA DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão			
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico			
	História da Doença Atual: <u>Provante com relato de queda de motocicleta, de 2h, em via em pista D.</u>			
	EXAME - FÍSICO			
	Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____			
Diagnóstico Provisório: <u>trauma</u>				
 RECEPCIONISTA		 MÉDICO CREMEPE		

COMPREI
 COMPROMISSO E PREVIDÊNCIA S/A
 22 SET 2020
 PROTOCOLO
 ATENDIMENTO

Jeovana Ferreira
 Coordenadora Executiva
 HIAV/UPA



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22 SET 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE: Paulo Roberto de Souza, 52 anos

REGISTRO: 123456789

DADOS CLÍNICOS: Paciente com dor no peito há 10 dias, piora com esforço físico. Sem febre, tosse ou sudorese.

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO: RA-30-50-114 G-15

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Infarto do miocárdio

CONDUTA ADOTADA: Tratado com aspirina e nitroglicerina.

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: Para avaliação de cardiologista.

ENCAMINHADO PARA: Unidade de Referência

02/03/20

DATA

[Assinatura]
MÉDICO
CRM-PA 01796

NOME

2025

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/CEA

NOME

CRM

DATA





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

Alta = aguardando Trans
HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Cadastrado em 30/03/2020

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 598848

Prontuário: 356972

Nome: JOSEBIAS ANTONIO DA SILVA

Data Nasc.: 08/12/1962

Idade: 57

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 35439947434

RG: 2485658

CNS:

Nº: 99

Endereço: TRAVESSA 13 DE MAIO

Bairro: PONTILHAO

Cidade: BELO JARDIM

Estado: PE

CEP: 55152100

Fone: 992241027

Profissão: APOSENTADO

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/03/2020 10:21

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

paciente com dor no ombro direito
e dor no antebraço direito desde
uma queda de moto em 2019

Exame Físico:

Obeto, corado, sem edema, PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Tumor

caso de tumor no ombro direito AP.
no antebraço direito AP. e P. P.
TC no ombro direito e P. P.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO-X
DATA 29/03/2020

Prescrição:

Dieta:

ata

Horário

29/03/2020

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVICÊNCIA SIA
22 SET 2020
PROTOCOLO
PRONÓSTICO



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE:

REGISTRO

DADOS CLINICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONDUTA ADOTADA:

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

25/03/20
DATA

DATA

NOME

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAMES CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES:

PARECER DO ESPECIALISTA

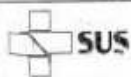
TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL NA UNIDADE DE ORIGEM
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA
OUTRO SERVIÇO

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
22-SET-2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

DATA





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joselin Antônio de Siqueira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

08/12/69

11 - NOME DA MÃE

Maria de Lourdes de Siqueira

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Travessa 13 de maio

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Jardim

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

35 6972

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☒ 3

10 - RAÇA/COR

Parda

10.1 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

9 2 2 5 1 0 2 2

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

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

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/05/20

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

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DO AUTORIZADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

