

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346830

Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346830

Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUEL RODRIGUES 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000007058702-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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) da cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052 425 294 74 4 - Nome completo da vítima: Josuel Rodrigues 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: Josuel Rodrigues da Silva 6 - CPF: 052 425 294 74
7 - Profissão: Auxiliar de Operações 8 - Endereço: Rua do Amanhecer 9 - Número: 119 10 - Complemento:
11 - Bairro: Águas Compridas 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53190 010
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-985054275

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 POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 027 - Banco Inter

AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 7058 707 7 (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) ☐ Divorciado ☐ 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 (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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: Elvando Bezerra da Silva CPF: 062 818154 08

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Suelly Rodrigues da Silva CPF: 060 555 034 58

Suelly Rodrigues da Silva Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 28 de Agosto de 2020

Josuel Rodrigues da Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (dedicante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ovidoris: 0800 021 91 95



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321000364**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/04/2020** às **13:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2020** às **10:39**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1, S/N - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53200-300**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**

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

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENE MARIA DA CONCEICAO Pai: VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA Data de Nascimento: 12/1/1979 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 55461391/SSP/PE (RG), 05242529474 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Endereço Residencial: RUA DO AMANHECER, 119 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA/BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VW/SAVEIRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/SAVEIRO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

QUE SEGUNDO A VÍTIMA, VINHA DO TERMINAL DO XAMBÁ, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA/BROS, QUANDO O AUTOR QUE ESTAVA NUM VEÍCULO VW/SAVEIRO FEZ UMA RETORNO IRREGULAR, CAUSANDO UMA COLISÃO FRONTAL ENTRE OS VEÍCULOS, CAUSANDO LESÕES NA PERNA DIREITA DE JOSUEL RODRIGUES DA SILVA; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO Nº 2020APH000228 DIV. OP, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME REGISTRO 135087; QUE FICOU INTERNADO POR 18 DIAS.

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

**JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MARCOS ANTÔNIO BEZERRA BARBOZA** - Matrícula: **273081-2**
(Liberado em **30/04/2020** às **13:40**)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A. SECCIONAL - OLINDA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0321001867**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/11/2020** às **15:23**

Complementa o BO Número: **20E0321000364**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/3/2020** às **10:39**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA AGUAS COMPRIDAS, 1, S/N** - Bairro: **AGUAS COMPRIDAS** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **53200-300**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**

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

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRENE MARIA DA CONCEICAO** Pai: **VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA** Data de Nascimento: **12/1/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **55461391/SSP/PE (RG). 05242529474 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Endereço Residencial: **RUA DO AMANHECER, 119 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA/BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA** que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDF8803** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2015/NÃO INFORMADO**

FIAT/STRADA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU8084** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

QUE SEGUNDO A VÍTIMA, VINHA DO TERMINAL DO XAMBÁ, PILOTANDO SUA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA NESTE BO, QUANDO O AUTOR QUE ESTAVA NUM VEÍCULO FIAT/STRADA FEZ UM RETORNO IRREGULAR, CAUSANDO UMA COLISÃO FRONTAL ENTRE O VEÍCULO E A MOTO, CAUSANDO LESÕES NA PERNA DIREITA DE JOSUEL RODRIGUES DA SILVA; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO N° 2020APH000228 DIV. OP, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME REGISTRO 135087; QUE FICOU INTERNADO POR 18 DIAS.

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

Josuel Rodrigues da Silva

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* **MAURÍCIO FERNANDO ARAÚJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em 27/11/2020 às 15:31)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 052 425 294 74 4 - Nome completo da vítima: Josuel Rodrigues 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: Josuel Rodrigues da Silva 6 - CPF: 052 425 294 74
7 - Profissão: Auxiliar de Operações 8 - Endereço: Rua do Amanhecer 9 - Número: 119 10 - Complemento:
11 - Bairro: Águas Compridas 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53190 010
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-985054275

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 POLUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: 027 - Banco Inter

AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 7058 707 7 (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) ☐ Divorciado ☐ 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 (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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: Elvando Bezerra da Silva CPF: 062 818154 08

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Suelly Rodrigues da Silva CPF: 060 555 034 58

Suelly Rodrigues da Silva Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Olinda, 28 de Agosto de 2020

Josuel Rodrigues da Silva Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APB000228 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^o. JOSUEL RODRIGUES DA SILVA, 41 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 55461391 SSP/SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 052.425.294-74, residente à RUA DO AMANHECER, nº 119, CASA, AGUAS COMPRIDAS, OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 11/03/2020, por volta das 10:39 hs, no endereço: ESTRADA DE ÁGUAS COMPRIDAS, S/N, ÁGUAS COMPRIDAS OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^o JOSUEL RODRIGUES DA SILVA; inscrito sob o CPF nº 052.425.294-74 e Registro Geral nº 55461391, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT GERALDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 27/04/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APB000228

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000007058702-7

Nr. da Autenticação 70710843FD57A107

**CELPE**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Ordem pelo Lei 10.438, de 25/04/02

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 511, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902

CNPJ 06.835.022/0001-08 | Ins. Est. 0005945-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTEFREDÉ NASCIMENTO SILVA
RGID 154709

CPF: 888.891.474-48 MS: 13482843838

CLASSIFICAÇÃOB1 - RESIDENCIAL
BARRA RENDA COMUNS
MangueiraENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DO AMANHECER 119AGUAS COMPRIDAS/OLINDA
OLINDA-PE
53180-010

110048288	ONCA	28/07/2020
04/08/2020	2002501828	1891300

2803445012	07/2020
17/08/2020	28/08/2020
93,70	

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	TOTAL UN.
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,14431707	4,32
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24740958	17,31
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	62,8100000	0,27110103	16,98
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12473506	3,74
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21283154	14,98
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	52,8100000	0,32014731	16,93
Contrib. Aut. Pólo de Mangueira			14,00
Multa por atraso-NF 102384157 - 25/03/20			1,57
Juros por atraso-NF 102384157 - 25/03/20			1,25
Atualização GRPA-NF 102384157 - 25/03/20			0,87
Bônus ITAPU - art.21 da Lei 10.439/02			-1,00

TOTAL DA FATURA

93,70

Nº DO MONITOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Condição	Alíquota	Condição (Vale)
216149713	CAT	28-08-2020	28-07-2020	183 80,00	1,00000	183,00

Mês	Valor	Valor	Valor
Jul 20	183,00	183,00	183,00
Jun 20	183,00	183,00	183,00
Maio 20	183,00	183,00	183,00
Abr 20	183,00	183,00	183,00
Mar 20	183,00	183,00	183,00
Fev 20	183,00	183,00	183,00
Jan 20	183,00	183,00	183,00
Dez 19	183,00	183,00	183,00
Nov 19	183,00	183,00	183,00
Out 19	183,00	183,00	183,00
Set 19	183,00	183,00	183,00
Ago 19	183,00	183,00	183,00
Jul 19	183,00	183,00	183,00

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	7,00	12,81
PIS	0,65	0,12
COFINS	3,00	5,50

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

Consumo	Valor	Consumo	Valor
Consumo-TUSD até 30 kWh	4,32	Consumo-TE até 30 kWh	3,74
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	17,31	Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	14,98
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	16,98	Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	16,93

838800000005 937000110023 803445012108 184537328738



NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA 12/01/1979

NASC.:

NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

REG:135087

IDADE:41 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:11/03/2020

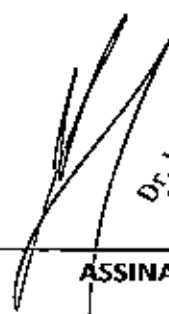
DATA DA ALTA: 27/3/2020

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a) **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço no dia 11/03/2020. Necessitando de 30(TRINTA) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola).

CID.10:S82.2

Paulista, 27 de março de 2020


Dr. Ian Lacenda
CRM-PE 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

DECLARO, PARA FINS PROVISÓRIOS
E TRABALHISTAS, QUE O SR. JOSEUEL
NODRIGUES DA SILVA, 43 anos,
FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE FRATURA COMINUTA GROSSA DO
PUNTO TIBIAL DO JOELHO DIR. EM
25/03/2020. RECOMENDO A FALTA
DE TRABALHO POR MÍNIMO
MÊS, QUE 320 (COTIDIANO)
DIAS. CID-10 = S82

18/05/2020

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 15063 - EOT 12951

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE, CEP: 53.413-000
FONE: (81) 3181-9600

FISIOTERAPIA

(GRUPO DE ORTOPEDIA)

NOME: Josuel Rodrigues da Silva

Solicito 20 sessões de fisioterapia motora para (☒) ganho de ADM, (☒) controle algico,
reforço muscular M.D. Carga () zero () parcial (☒) total. Paciente com

diagnóstico de: fratura de platô tibial direito - Osteossíntese com
placas de suporte e parafusos em 15/03/2020

Dr. Luiz Carlos Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15.19919

(Médico)

Data: 24/07/2020

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA: 12/01/1979

NASC.:

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:135087

IDADE:41 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:11/03/2020

DATA DA ALTA: 27/3/2020

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL + FERIMENTO EM PÉ DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 11/03/2020 LC + DC + APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO
- 25/03/2020 RAFI COM PLACA + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO - DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- MOVIMENTAR JOELHO E TORNOZELO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA (8 SEMANAS);
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 98124
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/03/2020 08:18

	Nome Paciente:	JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	12/01/1979
	Sexo:	Masculino
	Idade:	41
	Senha:	P0002
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

: 11/03/2020 12:13 - 11/03/2020 12:15

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	EMERGENCIA VERMELHO
Cor:	VERMELHO
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS COM HISTORIA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM QUEIXA DE DOR EM MID, COM FX EXPOSTA DE TIBIA DIREITA
Observação:	NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15 - FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM - GLICOSE: 155.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG - P.A.DISTOLICA: 110.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBIDO
11/03/2020
12:15

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/03/2020 12:15



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES AT=520791	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
JOSUEL RODRIGUES DA SILVA	135087			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
706208520994166	12/01/1979	☒ Masculino ☐ Feminino	02 - Preta	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
IRENE MARIA DA CONCEICAO	8198364000			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
JOELMA RODRIGUES				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
AVENIDA CAPITAO LUIS REIS DE 1 A 99999, 457 - ALTO DA BONDADÉ	260960	PE	53170075	
16 - Município				
OLINDA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
É TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO NA MANHÃ DE HOJE, COM DOR EM MID. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, GLASGOW 15 FERIMENTO SANGRANTE COM EM FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA, DEFORMIDADE DO MEMBRO, FERIMENTO FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO			
21 - Condições que justificam a internação			
NECESSIDADE CIRÚRGICA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE+EXAME FÍSICA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S822 582.1	V299	S91.3 04.08.05.055.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	11/03/2020	Dr. Robson Diniz Médico CRM-PE 29414 16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () A

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	Dr. Antônio CRM-PE 14147 EOT 14048

AIH
262010247251-5

AIH
262010247252-6



PRODUTOS MÉDICOS

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

HOSPITAL:

Miguel Arraes

PACIENTE:

Paulo Rodrigues da Silva

CONVÊNIO:

Un

MÉDICO:

Wagner

NF:

Nº PEDIDO:

Nº KIT: 0433

MEMBRO OPERADO: Superior D

PRONTUÁRIO: 135087

Nº PROCED:

DATA: 11/03/20

QTDE

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

CÓDIGO

LOTE

02

Barra

350

02

Barra

275

04

Barra

06x 200

04

Conectores

simples

04

Conectores

composto

Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supracitado.

Paulista

de

20/03

Manoel

Responsável p/ informação

Cirurgião Responsável

Recebemos de PROSMED PRODUTOS MEDICOS COMERCIO LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Destinatário: FUND. PROF. M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A. DE ALENCAR - ETR DA FAZENDINHA, 000 - JAQUARIBE - PAULISTA - PE.
Emissão: 01/04/2020 Valor Total: R\$ 1.277,70

NF-e

Nº 000.080.377

Série 001

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

PROSMED PRODUTOS MEDICOS
COMERCIO LTDA



RUA Doutor Manoel de Almeida Belo, 749
Bairro Novo - OLINDA - PE
Fone: (81)3432-6301 CEP: 53030-030
www.prosmedltda.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.080.377
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

2620 0441 2494 3400 0107 5500 1000 0803 7712 7186 673

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

126200025403271 01/04/2020 15:12:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL

019237650

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

41.249.434/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUND. PROF. M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A. DE ALENCAR

CNPJ / CPF

09.039.744/0002-75

DATA DA EMISSÃO

01/04/2020

ENDEREÇO

ETR DA FAZENDINHA, 000

BARRIO / DISTRITO

JAQUARIBE

CEP

53400-000

DATA DA SAÍDA

01/04/2020

MUNICÍPIO

PAULISTA

UF

PE

TELEFONE / FAX

(81)3118-9622

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:06:00

DUPLICATAS

Número : 001
Vencimento : 31/05/2020
Valor R\$: 1.277,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.277,70

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.277,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

0 - REMETENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CEST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR TOTAL
903275	BARRA P/FIXADOR 13X275 Valor aproximado dos tributos R\$12,84 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 29214, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	2,00	20,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00
903350	BARRA P/FIXADOR 13X350 Valor aproximado dos tributos R\$12,84 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 26097, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	2,00	20,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0702030384	FIXADOR EXT CIRC/SEMI-CIRCULO ROPM:07.02.03.038-4 Valor aproximado dos tributos R\$280,43 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 24874, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	1,00	873,90	0,00	873,90	0,00	0,00	0,00	0,00
907	CONECTOR BARRA BARRA (TC) Valor aproximado dos tributos R\$28,88 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 31397, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	3,00	30,00	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00
906	CONECTOR BARRA PINO (TC) Valor aproximado dos tributos R\$28,88 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 22568, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	3,00	30,00	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00
906	CONECTOR BARRA PINO (TC) Valor aproximado dos tributos R\$9,63 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 24856, Reg. ANVISA: 10209780062,	90211020	040	5102	UN	1,00	30,00	0,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0702030805	PINO DE SHANTZ ROPM:07.02.03.080-5 Valor aproximado dos tributos R\$36,52 Fonte:IBPT.Lote do Fornecedor: 25409, Reg. ANVISA: 10209780048,	90211020	040	5102	UN	4,00	28,45	0,00	113,80	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

0451843

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

HOSPITAL: FUND. PROF. M. FERNANDES - IMIP HOSP. M. MIGUEL A., DATA DA CIRURGIA: 11/03/2020, MEDICO: HYGINO MARINHO,
PACIENTE: JOSUEL ROORIGUES DA SILVA, CONVENIO: SUS, PROCEDIMENTO : 0408050551 Total aproximado dos tributos federais,
estaduais e municipais R\$410,02 Fonte:IBPT, conf. Lei 12.741/2012.

RESERVADO AO FISCO



PRODUTOS MÉDICOS

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL

HOSPITAL: MIGUEL ARRAES

PACIENTE: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

CONVÊNIO: SUS

MEMBRO OPERADO: MID

MÉDICO: DR. ANTÔNIO

Nº PROCED: _____

NF: _____

Nº PEDIDO: _____

Nº KIT: _____

PRONTUÁRIO: 135087

DATA: 25 / 03 / 2020

QTDE	CX. ACETABULAR	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	CÓDIGO	LOTE
02	PARAF. CORTICAIS N= 80			
	CX. 4,5			
01	PLACA EM T 3x8 Furos			
	PARAF. CORTICAIS			
	3, 1, 1, 1, 2			
	30 32 34 38			
	CX. PARAF. ESPONJOSO ROSCA TOTAL AVULSA			
	1, 2, 1, 3, 1			
	40 50 70 75 80			
	CX. PLACA LONGA PL TIBIA PROXIMAL			
01	PLACA 5 X 10 Furos <u>DIR</u>			

Comunicamos que utilizamos o(s) material(ais) aqui descrito(s) no paciente supracitado.

Silvânia N. Marques
COREN-PA 15.164-TE

Paulista, 25 de MARÇO de 2020

E.AINE

Responsável p/ informação

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 19416

Cirurgião responsável

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSUEL RODRIGUES DA SILVA** Prontuário: 135087
Idade: 41a 1m 28d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 12/01/1979
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 554613918 C.P.F.: 05242529474 Telefone: CEP 53170075
Endereço: AVENIDA CAPITAO LUIS REIS DE 1 A 9ª, 457 - ALTO DA BONDADE - OLINDA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 11/03/2020 12:35
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **07/04/2020**
Endereço: Número: **CLAUDEMAN SOUSA**
Telefone: Cidade: Estado civil: **Ens.**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **27/03/2020** Hora da Alta: **12**:**00**
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: **BOM**

Diagnóstico Principal.....: **FX exposta (LATO TISAL LP)**

Diagnóstico Secundário01.: **REVISADO**

Diagnóstico Secundário02.: **COIH-HMA**

Procedimento.....: **11/03/2020 LC JOC + FEE TRANSATRICULAR**

306471
25/03/2020 R2K1 com placa + parafusos

***Joreide m. m. m.**

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

Dr. Ian Lacerda
CRM-PE 23399

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em **11** de **março** de **2020**

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 520788

Senha da Classificação:

P0002

Data e Hora: 11/03/2020 12:18

Paciente: 135087 JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/01/1979 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: IRENE MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai: VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA CAPITAO LUIS REIS --

457

Bairro: ALTO DA BONDADE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente Y ITINO DE OLINDA (MOTO) com
trauma com M.I.D.
do sistema musculoesquelético em pé na
av. Avenidas. com o bloco
constante na coluna, glicose - 65 15

Exame Físico

na 1ª e 2ª em 10 cm face anterior
de pé na 1ª + face posterior de 113
distal da pé na 1ª

Hipótese Diagnóstica

EX DE SOS DA PÉ NA 1ª EXPOSTA

Prescrição Médica

RX: TENSÃO TRAUMA
SAT VAT IN

GENTAMICINA 240mg + 100ml SF
CLINDAMICINA 600mg + 100ml SF

DIPLONA + ADEK

TAN - 200mg 100mg + 100ml SF

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ten Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 324

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

Assinatura/Carimbo do Médico (a)

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63747

Paciente : 135087

Sala : 0003 SALA 03

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Atendimento : 520791

Convênio Atend. : 1

Leito : 198

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Dt. Início : 25/03/2020 10:15

ORTO-502-LEITO 002

Idade : 41 Anos

Dt. Fim : 25/03/2020 12:45

Cid Pré-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

ANESTESISTA

9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIR TIPO VI DE SCHATZKER

INTERVENÇÃO: RAFI DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

OPERADOR: ANTONIO QUEIROZ

1º AUXILIAR: CAIO FRANCISCO

2º AUXILIAR: ANDRE MR1

INSTRUMENTADOR: ELAINE

ANESTESISTA: JULIO MAIA

ANESTESIA: SEDACAO + RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

FRATURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM POR FO PREVIA ANTEROMEDIAL COM EXTENSÃO PROXIMAL
5. LAVAGEM COM SF 0.9% E DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. REDUÇÃO CRUENTA PROVISÓRIA COM PINÇA OSSEA E FIO K
7. INCISÃO ANTEROLATERAL PROXIMAL COM DISSECCÃO POR PLANOS E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS DE TRAÇÃO 3,5 MM CORTICAIS COM 02 ARRUELAS
8. ESCORREGADO PLACA DE TIBIA PROXIMAL E REALIZADO FIXAÇÃO COM 05 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS E 04 CORTICAIS DISTAIS
9. POSICIONADO PLACA T 4,5 MM MEDIAL E REALIZADO FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS E 03 CORTICAIS DISTAIS
10. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. LAVAGEM COM SF 0.9% 2.000ML
12. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0
13. CURATIVO

Ortese e Prótese:

02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM

02 ARRUELAS

01 PLACA DE TIBIA PROXIMAL 5 X 10 FIOS

André Chaves de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29416

SATURADO
07/04/2020
CLAUDIVAN SOUSA
FATURISTA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Pernambuco

HOSPITAL
MIGUEL ARRAESGISTAL
IMIP
HOSPITALAR

REGISTRO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM - BLOCO CIRÚRGICO

Nome: Josuel Rodrigues da Silva Data de Nascimento: 12/01/79
 Nome Social: _____ Registro: 135087

Data: 25.01.2020 Sala Cirúrgica: () 1 (☒) 2 () 3 () 4 () 5 () 6
 Procedimento cirúrgico: TC. Fm. Ombos M. (Libial) Início: 10:15 Término: 13:30

Tipo de Anestesia: () Geral (☒) Raqui () Peridural () Bloqueio () Outra: _____ Início: 09:30 Término: 12:45

EQUIPE CIRÚRGICA:
 Cirurgião: Dr. Antônio
 1ª Auxiliar: Dr. Kacy
 Instrumentador: Elaine

Anestesista: Dr. Julio
 2ª Auxiliar: _____
 Circulante: Silvânia

PRÉ-OPERATÓRIO:
 Fl. vital geral: () Bom (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
 Consciência: (☒) Consciente (☒) Orientado
 Respiração: (☒) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado

TRANS-OPERATÓRIO:
 Posição cirúrgica: (☒) Dorsal () Ventral () Lateral () Fowler () Trendelenburg () Ginecológica
 Peça Cirúrgica: () Sim () Não
 Transfusão de sangue: (☒) Não () Sim - Nº und: _____
 Exames laboratoriais: () Sim (☒) Não

Equipamentos: (☒) Oxímetro de pulso (☒) Monitor cardíaco (☒) PNI () Capnógrafo () Bomba de infusão () Artroscópio
☒ Asturi elétrico - local da placa: MID (☒) Carro de anestesia () Intensificador Outros: _____

Procedimentos: () Puncão venosa () Sonda gástrica () Cânula orotraqueal () SVD () Drenos: _____
☒ Curativo - Local: MID / Tipo: Fechada

Observações / Intercorrências: Adm. Antib. Cefazolina 2g.

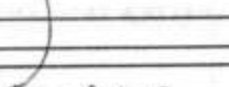
PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO
☒ acordado () Sob narcose () Entubado () Traqueostomizado

Paciente Encaminhado a: (☒) SRPA () UTI () Outros: _____ Hora: 13:40

Técnico de Enfermagem: Silvânia F. Marques
 COREN-PE: 8.164-TE

[illegible]

Monitorização	☐ BIS	Encaminhado	Intercorrência: ☐ Sim ☒ Não
☒ Cardioscópio	☐ Temperatura	☒ Acordado	Descrever:
☒ Oxímetro	☐ Swan-Ganz	☐ Sonolento	
☒ PNI	☐ Analizador Gases	☐ Intubado	Observações:
☐ Sonda Vesical	☐ PVC	☐ Drogas Vasoativas	
☐ Capnógrafo	☐ Estimulador de Nervo	Destino	
☐ Esfet. Pré-Cordial	☐ Linha Arterial	☒ SRPA	
☐ Outros	☐ Volemia IBP Plus	☐ Apart./Enf.	
		☐ UTI	
		☐ Externo	

Assinatura do Anestesiologista 



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

DATA 12/01/1979

NASC.:

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:135087

IDADE:41

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:11/03/2020

DATA DA ALTA: 27/3/2020

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE PLATO TIBIAL + FERIMENTO EM PÉ DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 11/03/2020 LC + DC + APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO
- 25/03/2020 RAFI COM PLACA + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- MOVIMENTAR JOELHO E TORNOZELO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA (8 SEMANAS);
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 9824
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

PERNAMBUCO

JOSELE RODRIGUES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
55462391 / SSP / PE

CPF: 052.425.294-74 DATA NASCIMENTO: 12/01/1979

FILIAÇÃO: VALDOMIRO RODRIGUES DA SILVA
IRENE MARIA DA CONCEICAO

PERMISSÃO: ☒ VÁLIDA ☐ NÃO VÁLIDA CAT. HAB: ☒ AB ☐ AC

Nº REGISTRO: 05471629759 VALOR DE: 14/12/2023 V. NABILITACAO: 19/04/2012

OBSERVAÇÕES:

Josele Rodrigues da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: OLINDA - PE DATA EMISSAO: 17/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: *Charles Anderson Sousa Ribeiro*
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR: 82656270158
PR089701120

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1754533330

PROIBIDO PLASTIFICAR 1754533330

DEAC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346830 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO (SCHATZKER VI).
TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO JOELHO (FIXAÇÃO EXTERNA/OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS LESÕES CONSERVADOR.
PÁG 5/9/11/12
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



23/09



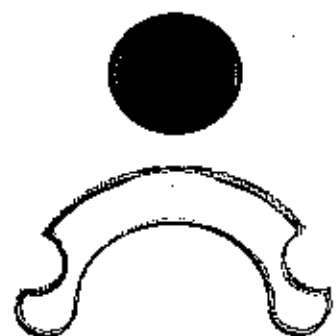
Correios		SEDEX	
PESO (kg)	0,38	☐ AR	☐ MP
Recebedor			
Assinatura		Documento	
OD 86712621 7 BR			

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
REÇO / Ao			
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A			
RUA DA ASSEMBLEIA, 100 24º ANDAR CENTRO			
RIO DE JANEIRO CEP:20011-904		UF / State	PAÍS / Country

ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

SERVIÇO GRATUITO

AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Sosuel Rodrigues da Silva		81-985054275	
ENDEREÇO / Address			
Rua do Amanhecer, 119, Aguas Compridas			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAIS / Country
53190-010	Olinda	PE	BR

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / /		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



Materiais recicláveis



PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (02) 3204-2900

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Josuel Rodrigues da Silva

DATA DO ACIDENTE 11/03/2020 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 05242529474

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Josuel Rodrigues da Silva

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail eduardobssilva@gmail.com Tel.: _____

Data 17/09/2020 Assinatura Josuel Rodrigues da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Pompeu

Atendente Renata K-S. de Lencastre Matrícula 975 004 7044

Data: 17/09/20 Assinatura: [Assinatura]

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 423941 - AGF. BARRA DO ARRUDA
RECIFE - PE
CNPJ: 00.328494/000160 Ins Est.: 051011905
COMPROVANTE DO CLIENTE

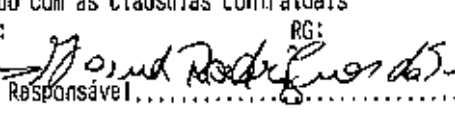
Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 62267655
Cont. Atm.....: 9912288636 Cod. Adm.: 11205709
Carta Atm.....: 02267655

Movimento.....: 17/09/2020 Hora.....: 11:30:25
Código.....: 97934315 Matrícula.....: 9758*****
Lançamento.....: 018 Atendimento.....: 00015
Modalidade.....: A Faturar ID Tiquete.....: 1082743111

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$).....	24,78	
Peso real (G).....	78	
Peso Tarifado.....	0,078	
Nome Remetente.....: JONIR RODRIGUES DA SILVA		
CNPJ/CPF Remet.....: 05242529474		
Endereço Remet.....: RUA Rua do Amanhecer, 119 D		
Cont. Endereço.....: ASA - Águas Compridas		
Cap Remetente.....: 53190-010		
Cidade Remet.....: OLINDA		
UF Remet.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	31,16+
Valor do Porte(R\$).....	31,16	
Cap Destino.....: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....	78	
Peso Tarifado.....	0,078	
OBJETO=====> DD0671262170R		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55.94

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR
Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais
Nome:  RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Considerando o impacto momentâneo do
movimento paralisado, somado aos efeitos
restritivos ocasionados em razão da pandemia
da COVID-19, informamos que em algumas
localidades os objetos PAC serão destinados
para entrega interna nas unidades dos
Correios.
O acompanhamento dessas objetos poderá ser
realizado pelos remetentes e destinatários
por meio do portal dos
Correios <https://www.correios.com.br/>
ou pelo aplicativo de rastreamento

Aguardamos seu retorno!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.
A-CLIENTE

052 425 29474 SARA B.O.07

PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.538.148/0001-31 - FIBRIA É PAPEL TERMOSCRIPT KPH 48G



Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/faleconoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

Os dados impressos têm vida útil de 6 anos, desde que evite contato direto com
plásticos, solventes ou produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e

PARA USO EM ECF 40m OS PRODUTOS DE PAPEL LTDA
CNPJ: 32.538.148/0001-31 - FIBRIA É PAPEL TERMOSCRIPT KPH 48G



Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/faleconoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
Denúncia: correios.com.br/denuncia

Os dados impressos têm vida útil de 5 anos, desde que evite contato direto com
plásticos, solventes ou produtos químicos. Bem como, a exposição ao calor e

Bruno Flores

De: Alessandra Magalhães
Enviado em: segunda-feira, 30 de novembro de 2020 19:50
Para: Bruno Flores
Assunto: ENC: 3200346830 - JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
Anexos: BOLETIM.pdf; DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR.pdf

Bruno,

Favor atender ao pedido abaixo.

De: Dpvat Pernambuco <dpvat.pe@gentesseguradora.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 30 de novembro de 2020 14:55
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Assunto: 3200346830 - JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Boa tarde

A fim de atender a solicitação da vítima que nos procurou, segue anexa documentação do processo referenciado, processo que conforme pesquisa trata-se de Operação Correios, para que seja anexado ao mesmo.

SINISTRO 3200346830 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 05242529474

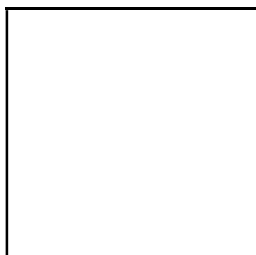
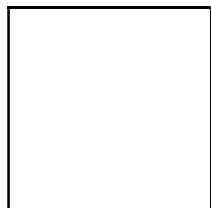
Boletim de ocorrência

Vítima Não Conforme



Documentação médico-hospitalar

Vítima Não Conforme



Marta Marinho dos Santos da Silva

Atendimento DPVAT

Telefone: +55 81 3049-0788

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273492/20

Vítima: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

CPF: 052.425.294-74

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/03/2020

Titular do CPF: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA : 052.425.294-74

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: 28/09/2020
Nome: JOSUEL RODRIGUES DA SILVA
CPF: 052.425.294-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

JOSUEL RODRIGUES DA SILVA

Karine Gomes de Lima