



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO -
ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0106003729**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/11/2014** às **10:27**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **15/9/2014** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DA REGENERAÇÃO, 1 - Bairro: AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
GENIVAL CEZARIO LIMA (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):
GENIVAL CEZARIO LIMA

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

GENIVAL CEZARIO LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LINDINALVA FREIRE LIMA Pai: ANIZIO CEZARIO LIMA Data de Nascimento: 27/10/1964 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA BENTO JUSTINO DE SOUZA, 9 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVAL CEZARIO LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENIVAL CEZARIO LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFE0600** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **346021266** Chassi: **9C2KD6600ER062828**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

MOTO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse



do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:

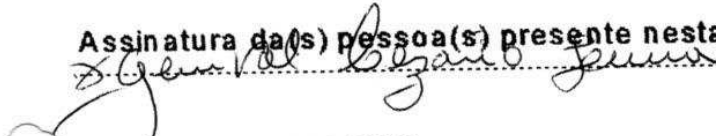
Não

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA ALEGA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA MODELO , BROS 150, DE COR PRETA E PLACA PFB3669, PELA RUA DA REGENERAÇÃO QUANDO DOIS INDIVIDUOS EM UMA MOTOCICLETA, A QUAL ESTAVA SEM PLACA, PARA NÃO PATEREM EM UM OUTRO VEICULO TERIAM JOGADO A MOTOCICLETA EM DIREÇÃO DA VITIMA VINDO A COLIDIR COM O MESMO.

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


GENIVAL CEZARIO LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LEANDRO CABRAL DE MENDONÇA** - Matrícula: **350566-9**



Trauma
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro Nº 15376 Hora: 17-36 Recepcionista _____

Unidade de Saúde: 269 Distrito Sanitário: _____ Data: _____

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante: _____ 18-09-14

Nome: Genival Cezar Lima

Data de Nascimento: 27/10/61 Sexo: () M - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado Raça/Cor: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☐ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Nome da Mãe: Leandiraneu Freire Lima

Endereço: Rua Justino de Souza Número: 09 Complemento: _____ CEP: _____

Bairro: Arroio Município: _____ UF: _____

Acompanhante: _____

Procedência: _____ Meio de Transporte: _____

HDA: Trauma no pulso O do 2º d. de

e e de.

Vacinas atualizadas Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automóvel () Ônibus () Moto (X) Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Fator de proteção: Cinto / Capacete Sim () Não () Ignorado ()

Modo: Atropelamento () Colisão () Capotagem () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Indo / Voltando do trabalho: Sim () Não () Ignorado ()

ACIDENTE DE TRABALHO

Origem: Const. Civil () Indústria () Agricultura () Comércio () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Local de Trabalho: Órgão: _____ Endereço: _____

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Intoxicação Acidental () Queda Acidental () Afogamento () Queimaduras () Choque Elétrico ()

Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AGRESSÃO

Por: Arma de Fogo () Arma Branca () Espancamento () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Modo: Assalto () Briga () Ação Policial () Agressão Sexual () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Por: Arma de Fogo () Enforcamento () Drogas () Queda do Nível () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Via Pública () Domicílio () Ambiente de Trabalho () Escola () Outro () Qual? _____ Ignorado ()

Observações: _____

Exame Físico:

A: Geral Peso: _____ Estatura: _____ Temp: _____ °C



C: Cardiovascular	Pulso	bpm	PA:	mmhg
D: Exame Neurológico:				
E: Abdomen				
Diagnóstico Inicial:				
Contusão punh.				
Exames Solicitados:				
Rx de punh. D AP + P: fratura 1/3 distal de radio sem desvi				
Tratamento / Procedimentos:				
1) Gesso ant. palmar 2) Se em dor, analgésico e curativo				
Data: ____/____/____				
Assinatura Conselho Nº				

Diagnóstico Definitivo:			
Fratura d. 1/3 distal d. radio			
☒ Alta / Melhorado	☐ Internamento	☐ Transferência	☐ Óbito
Transferido para:			
Médico:			
CRM:			
Data:			
Hora:			

Termo de Responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se necessário.



FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO ESPECIALISTA

898003051023509

Unidade Solicitante:		Distrito Sanitário: Data: / /	
Nome do Usuário: <i>General Araró Lima</i>			
Prontuário Nº		Cartão SUS Nº	
Data de Nascimento: <i>22/10/61</i>	Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino	Raça: ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☐ 3-Parda ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena	
Nome da Mãe:			
Endereço:		Nº	Comp.:
Bairro:	CEP:	Tel.: <i>9800-832</i>	
Portador de: () Diabetes () Hipertensão			
CID ou Diagnóstico Inicial: <i>Trat 1/3 dital rádio + amociclav R-U de</i>			
Especialidade: <i>Ortopedia (Especialista em mão) ha</i>			
Justificativa do encaminhamento e conduta atual: <i>afm</i>			
Resultados de exames realizados: <i>RX</i>			
Carimbo e Assinatura do profissional de saúde		Assinatura de Responsável pelo encaminhamento	

Dr. Fernando Moraes
CRM - RJ 25.181.243-1

22/10/14

Unidade Executante:		Código de Atendimento
Médico:	Data: / /	Hora inicial:
Endereço:		
Bairro:	Fone:	
Ponto de Referência:		

CONTRA-REFERÊNCIA DIAGNÓSTICO E/OU CONDUTA ADOTADA NA UNIDADE EXECUTANTE

CDI Definitivo:





Secretaria de Saúde do Recife

P. C. R. Sec. de Saúde/SUS

Policlínica Amaury Coutinho

Rua Iguaçu, s/nº - Gonzaga do Barro

RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: _____ Distrito Sanitário: _____

Nome: _____

Registro Nº _____ Cartão SUS Nº _____

Atenção

Atento que Genival Bezario
Lima encontra-se em Tratamento
para fratura do rádio distal e 5º
metacarpeano (D). Deverá permanecer
em 20 (vinte) dias imobilizados.

CID: S52.5 / S62.3

Dr. Márcia Crisanto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.253

07 / 10 / 14

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura - Conselho nº _____

DAS 90.000 Bl de 50x2 Fls Mar/13





Tecnologia em imagem

Paciente _____: 261615-GENIVAL CEZARIO LIMA

Data _____: 13/11/2014

Nº Laudo _____: 419569

Dat. Nasc. _____: 27/10/1961

Exame: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PUNHO DIREITO

TÉCNICAS DE EXAME:

Plano axial, sequência "SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T1.
Plano coronal, sequência "SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T1.
Plano axial, sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T2 SPIR.
Plano coronal, sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T2 SPIR.

COMENTÁRIOS:

1. Traço de fratura do rádio distal, estendendo-se a interface articular radiocárpica, associado a importante alteração de sinal na medula óssea por edema / contusional no rádio distal.
2. Focos de edema na medula óssea / contusional também no osso semilunar.
3. Demais estruturas ósseas com intensidade de sinal habitual, sem sinais de fratura.
4. Observa-se ruptura da inserção ulnar da fibrocartilagem triangular, que se encontra com alteração de sinal intra-substancial.
5. Lesão parcial do tendão extensor ulnar do carpo.
6. Demais tendões extensores e tendões flexores com intensidade de sinal e morfologia preservadas.
7. Pequeno acúmulo de líquido entre as articulações carpais, ulnocárpicas e radiocárpicas.
8. Moderado edema nas partes moles do terço proximal do punho.

Exame documentado em 5 folhas.

Regina Celi Marinho

Dra Regina Celi Marinho CRM PE - 17607

Visite nosso site: www.unineuroimagem.com.br para orientação sobre exames.

419569

Tomografia multilâmina • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Procedimentos intervencionistas



Processo

Código interno: 679329 **Megadata:** 3150/166757

Situação: Processo Aguardando Liquidação **Tipo de processo:** INVALIDEZ

Veículo envolvido: Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo **Situação familiar:**

Data do sinistro: 15/09/2014 **Nome da vítima:** GENIVAL CEZARIO LIMA

CPF: 326.581.414-91 **Data de nascimento:** 27/10/1961

Endereço: RUA BENTO JUSTINO DE SOUZA **Número:** 9

UF: PE **Cidade:** RECIFE

Telefone: Celular:

Email: dpvat.barra@gmail.com

Divisão de Indenização

- A indenização será paga à vítima

Beneficiários

Nome

GENIVAL CEZARIO LIMA

Históricos

Data	Situação	Observações
08/12/2014	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Líder (ASL)	
09/12/2014	Pré-Cadastro c/ Restrição	FAVOR ENVIAR: - A FICHA DE ENCAMINHAMENTO COM A DATA DE ATENDIMENTO OU BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR, POIS NÃO FOI INFORMADO NA FICHA ENVIADA.
10/12/2014	Pré-Cadastro c/ Restrição	FAVOR ENVIAR: * ATO DECLARATÓRIO: Quando o registro for por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documentos adicionais ao acidente, que comprovem a existência do acidente. Como exemplo citamos: - O Boletim de Atendimento Médico – BAM – apenas se a data do atendimento for a mesma da ocorrência - Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou - Atendimento pela Polícia Militar, ou - Atendimento pela Polícia Civil, ou - Atendimento e/ou Remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou - Atendimento e/ou Remoção pelos “Anjos do Asfalto”, ou Concessionárias de Vias Públicas ou similares, ou - Remoção pelo SAMU; ou - Remoção pela Defesa Civil, ou - Inquérito Policial, ou - Aviso de Sinistro em Seguradora do Ramo Auto, ou - Outro documento que evidencie que o acidente relatado no

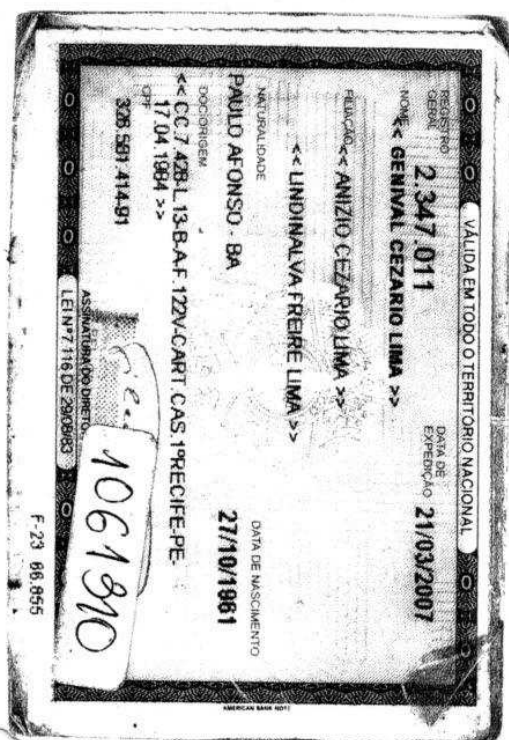
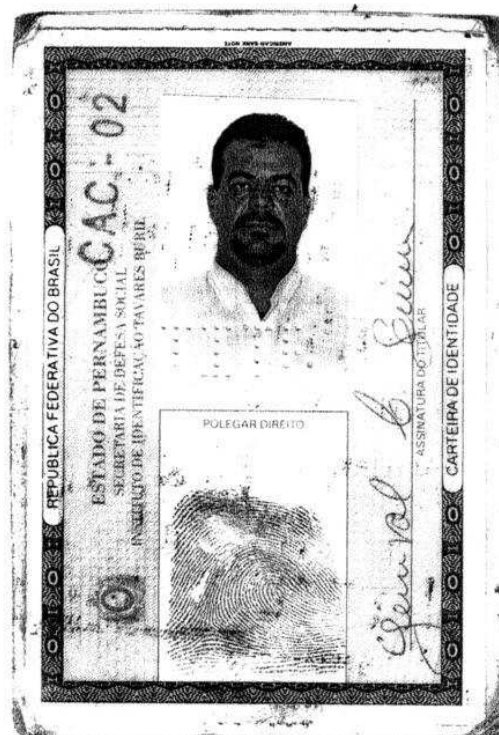


Data	Situação	Observações
		BO por ato declaratório de fato ocorreu na data/local informado.
30/12/2014	Documentação complementar recebida	
13/01/2015	Pré-Cadastro c/ Restrição	Favor enviar: - Boletim de atendimento médico na data do acidente, pois no documento enviado a data consta como dia 22/10/2014.
13/02/2015	Documentação complementar recebida	
24/02/2015	Pré-Cadastro analisado e aprovado	
26/02/2015	Proc. enviado para análise da Seg. Líder	Enviado para o convênio, guia remessa 006979/2015
06/04/2015	Processo c/ pendência documental	Registro por Ato Declaratório, devendo ser apresentado documentos contemporâneos ao acidente que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstâncias e participação da vítima, conforme Circular DIREOP 004/2014.
08/04/2015	Processo c/ pendência documental	Recepcionado uma carta solicitando uma nova perícia. FAVOR ENVIAR: Registro por Ato Declaratório, devendo ser apresentado documentos contemporâneos ao acidente que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstâncias e participação da vítima, conforme Circular DIREOP 004/2014.
22/05/2015	Documentação complementar recebida	
27/05/2015	Proc.Reaberto (analisado e aprovado)	
01/06/2015	Processo Reaberto - enviado para Seg. Líder (Aguardar Posição)	Enviado para o convênio, guia remessa 019160/2015
16/06/2015	Processo c/ pendência documental	BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR RELACIONANDO O TRAUMA COM O ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
10/07/2015	Processo c/ pendência documental	FAVOR ENVIAR: BOLETIM DE ATENDIMENTO PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO HOSPITALAR RELACIONANDO O TRAUMA COM O ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NA DATA DO ACIDENTE (15/09/2014) Foi



Data	Situação	Observações
		recepcionado doc médica após a data do acidente (18/09/2014)
21/12/2015	Processo Aguardando Liquidação	



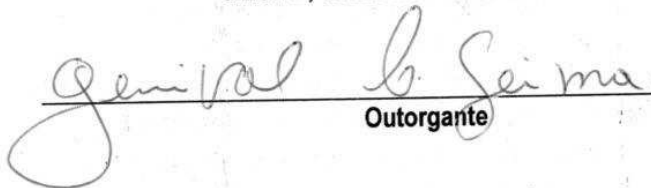


PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: GENIVAL CEZARIO LIMA	Estado Civil: CASADO	
RG: 2.347.011 SDS/PE	CPF: 326.581.414-91	Data de nascimento: 27/10/1961
Profissão: COMERCIANTE		
Endereço – RUA BENTO JUSTINO DE SOUZA, 09		
Bairro: ARRUDA		
Cidade: RECIFE	CEP: 52120-313	
Telefone: (81) 9.9800-8339 / 9.9690-4035		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. **LORENA SAMPAIO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 1031, Boa Vista, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, **com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato.** Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 11 DE DEZEMBRO DE 2018.



Outorgante

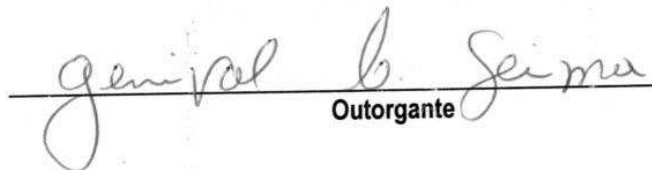


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Outorgante: GENIVAL CEZARIO LIMA	Estado Civil: CASADO	
RG: 2.347.011 SDS/PE	CPF: 326.581.414-91	Data de nascimento: 27/10/1961
Profissão: COMERCIANTE		
Endereço – RUA BENTO JUSTINO DE SOUZA, 09		
Bairro: ARRUDA		
Cidade: RECIFE	CEP: 52120-313	
Telefone: (81) 9.9800-8339 / 9.9690-4035		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E
RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO.
REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

RECIFE, 11 DE DEZEMBRO DE 2018.


Outorgante

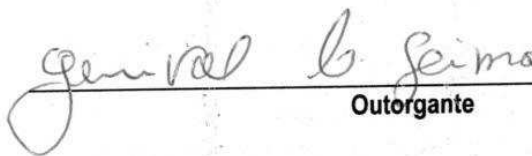


DECLARAÇÃO DE POBREZA

Outorgante: GENIVAL CEZARIO LIMA	Estado Civil: CASADO	
RG: 2.347.011 SDS/PE	CPF: 326.581.414-91	Data de nascimento: 27/10/1961
Profissão: COMERCIANTE		
Endereço – RUA BENTO JUSTINO DE SOUZA, 09		
Bairro: ARRUDA		
Cidade: RECIFE	CEP: 52120-313	
Telefone: (81) 9.9800-8339 / 9.9690-4035		
E-mail: setorjuridicorecife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", **sem prejuízo do sustento próprio ou da família.**

RECIFE, 11 DE DEZEMBRO DE 2018.


Outorgante

