

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: GILDEONE JOSÉ DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 10.293.798 SDS/PE e CPF/MF nº 135.797.314-40, residente e domiciliado no Engenho Roçadinho, nº 01, Zona Rural, Catende- PE, CEP: 55.400-000.

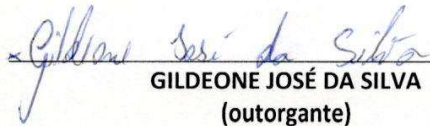
Outorgados: JOSÉ RINALDO FERNANDES DE BARROS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº. 23.837, estabelecido profissionalmente à Av. México Setenta, nº. 75, Centro, Catende/PE, CEP: 55.400-000, **JOSÉ CASSEMIRO DE ARAÚJO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB sob o número 33.754 com endereço profissional onde recebe intimações na Av: México Setenta nº 75, Centro – Catende/PE, e/ou **NAYARY MYLLENA SILVA RODRIGUES**, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB sob o nº 38.514, domicílio profissional à Av. México Setenta, nº. 75, Centro Catende/PE, **ÍTALO RICARDO OLIVEIRA DE LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB sob o nº 47135, domicílio profissional à Av. México Setenta, nº. 75, Centro Catende/PE e **JOÃO PAULO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 40.525, domicílio profissional à Av. México Setenta, nº. 75, Centro Catende/PE, todos integrantes da sociedade de Advogados **BARROS, VASCONCELLOS, ARAÚJO e RODRIGUES Advogados Associados**, com registro na OAB-PE sob o nº 1.891 e inscrita no CNPJ sob o nº 23.835.182/0001-16, localizado na Rua Av. Paulo Guerra, nº 52, Centro, Catende-PE, CEP 55400-000.

Poderes: Com os Poderes das cláusulas *ad judicium*, *ad negotia*, e *et extra*, podendo para tanto os Outorgados patrocinarem, *em conjunto ou isoladamente*, a defesa do Outorgante em qualquer Instância, Juízo ou Tribunal, propondo ações competentes e impetrando recursos, bem como representá-lo perante quaisquer órgãos Cíveis ou Militares, nos níveis Federal, Estadual e Municipal, quer sejam da Administração Direta, Autárquica ou Fundacional, estando autorizados, portanto, a reclamar, requerer direitos inclusive certidões, conciliar, prestar declarações, discordar, transigir, concordar e acordar, firmar acordos e compromissos, tomar ciência, receber citações, recorrer, assinar recibos, dar quitação, pagar e receber honorários, assinar documentos públicos inclusive de adjudicação, requerer carga e/ou vistas em Processos Judiciais ou Administrativos, podendo ainda substabelecer no todo ou em parte o presente Instrumento, e tudo o mais necessário para praticar todos os atos inerentes ao fiel e cabal desempenho do presente Mandato, dando tudo por fim, firme e valioso.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Fica acordado por ambas as partes, que o outorgante deverá pagar a sociedade de advogados, supra qualificada, honorários advocatícios de 20% (vinte por cento) pelos serviços profissionais, sobre o valor da condenação decorrente da ação proposta ou em acordo celebrado entre a parte autora e o réu, podendo ainda o MM. Juiz reter os honorários advocatícios autorizados pelo outorgante nos termos do presente contrato.

DECLARAÇÃO: O(a) Outorgante declara sob as penas da lei, que não está em condições de arcar com as custas e taxas judiciais, requerendo os benefícios da justiça gratuita nos termos da Lei nº 1.060/50 c/c a Lei nº 7.115/83.

Catende-PE, 30 de outubro de 2018.



GILDEONE JOSÉ DA SILVA
(outorgante)

Escritório 01
Av. México 70, 75, 1º andar centro,
Catende - PE

81. 3673-1728 assessoriajuridica6@gmail.com
Escritório 02
Av. Paulo Guerra, 52 Centro,
Catende - PE

Escritório 03
Av. Historiador Pereira da Costa, 44 E,
1º Andar, Centro, Cabo de St. A. - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUFINO

07R-20

TOLEDO DIREITO

Gildeone Jose da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
135.797.314-40

Nome
GILDEONE JOSE DA SILVA

Nascimento
01/09/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.293.798

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/01/2016

NOME << GILDEONE JOSÉ DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ GILDO DA SILVA >>
<< ELAINE CRISTINA DA SILVA >>

NATURALIDADE CATENDE - PE

DATA DE NASCIMENTO 01/09/1999

DOC. ORIGEM << CN.27338 L.A17.F.04 CART. CATENDE-PE 14.09.2000 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

416831681202005641.6678468

CÓDIGO DE CONTROLE
651C.B41D.62CC.0F0F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

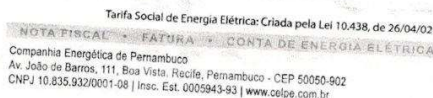
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:03:16 do dia 12/01/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00





ELAINE CRISTINA DA SILVA
PROX AO ENG GRANITO

CPF: 037.534.294-06

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofasico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
EG ROCADINHO 1

ROCADINHO RURAL/ROCADINHO RURAL
CATENDE PE
55400-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4011225824	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/10/2018	07/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	65,84

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
034045075	UNICA	05/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/10/2018	2001798936	949795

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)			
Acrescimo Bandeira VERMELHA	79,00000000	0,73088086	57,72
Contrib Alim. Publica Municipal			5,53
			2,58

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
49830430	CAT	04-09-2016	15 021,00	05-10-2018	15 100,00	31	1,00000		78,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês/ano	kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO				
OUT/18	78	ICMS PIS COFINS				Geração de Energia	R\$	22,98	35,30%
SET/18	72		63,25	25,00	15,81	Transmissão	R\$	2,73	4,32%
AGO/18	76		63,25	0,84	0,40	Distribuição (Celpel)	R\$	12,76	20,17%
JUL/18	75			2,99	1,88	Perdas de Energia	R\$	4,01	6,34%
JUN/18	77					Encargos Setoriais	R\$	3,28	5,19%
MAR/18	80					Tributos	R\$	18,09	28,60%
APR/18	86					Total	R\$	63,25	100%
MAR/18	87					TARIFAS APLICADAS			
		Consumo: Abaixo(30%)				0,5215600			

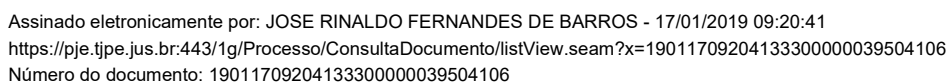
RESERVADO AO FISCO
8E24 BEBA C58B 2224 396C C3A8 BB85 5C4F

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! A subadora regina atua de 9h à 18h, a partir das 14h, na Av. Paulo Guerra, 131, Na cidade de Jurema e também em vigor e a Velocidade. Mais informações em www.arcelormittal.com.br. Aproveite sua conexão individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em atraso para multa 20% (Resolução 414/2002), Juros 1% ao mês de atraso e atualização monetária no próximo mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento contínuo.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br





SECRETARIA MUNICIPAL DE CATENDE
UNIDADE MISTA Dr. JOÃO MAYRINK

FICHA DE EMERGÊNCIA

NOME: Gilcleone José da Silva

DATA/HORA: 06/10/2017 HORA: 16:13

TELEFONE: _____

DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1999

SUS: _____

SEXO		
MASC.	FEM.	OUT.
☒	☐	☐

ESTADO CIVIL			
SOLTEIRO	CASADO	VIVO	SEPARADO
☒	☐	☐	☐

Ocupação: Estudante

Endereço: Engenho Granito

BAIRRO: _____

NOME DA MÃE: Elaine Cristina da Silva

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Assi

END. DO RESPONSÁVEL: _____

BAIRRO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente 18 anos de idade, que sofreu acidente de carro com humilhação, que se queixa de dor de cabeça localizada na região da nuca.

Atualmente, encontra-se em 32º semana de gestação, com exames de rotina em dia.

EXAME FÍSICO: _____

PA: _____

TEMPERATURA: _____

DIAGNÓSTICO: Fe. pulm.

CONDIÇÃO: () INTERNAÇÃO P/ OBSERVAÇÃO

CID: _____

() OUTRAS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Encaminhado para o hospital.

Dr. Rinaldo Fernandes de Barros

TEC. DE EMERGÊNCIA



ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE HOSPITALAR

Nome Edilene dos Santos DATA 6/10/2019
Endereço: _____

Data de Nascimento: 3/1/1984
Prontuário: _____

Solução Clínica

Paciente com queixa de dor abdominal há mais de 12 horas, com início súbito, localizada no quadrante superior direito, irradiando para a região da escápula direita. Não há náuseas, vômitos, febre ou alteração da função intestinal. Exame físico: dor à palpação no QSD, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: Hemograma dentro da normalidade. Ultrassom abdominal: sem alterações. Diagnóstico: Dor abdominal aguda - QSD. Conduta: Analgesia, hidratação e observação.

Hipótese Diagnóstica: Dor abdominal aguda - QSD

Evolução de Enfermagem:

Motorista: _____

Unidade de Referência: _____

Senha da Central de Regulação: _____

Margarida Siqueira Pires
CRM PE 25924



Nome Gildenei José de Brito DATA 6/10/2017
Endereço: _____

Solução Clínica

Solução Clínica
 Paciente que sofreu acidente de moto com
 fratura M.E. 1.º e 2.º, com desm. M.E.
 de 1.º e 2.º, sem outro trauma

Green
Pet. annular - only
A. 12 - neg
neg - sp

only
C d e/a

Measure 15
PC 80
RA 130/70
Sol 98

USE la pua de la pua opua, some opua,
fer - eua

Hipótese

Hipótese: $F_{K-1} \perp_{OSR} \perp_{\text{perio.}} \text{exp. de depend.}$
 Diagnóstica: $F_{K-1} \perp_{OSR} \perp_{\text{perio.}} \text{exp. de depend.}$

Evolução de Enfermagem:

Motorista:

Unidade de Referência: Dam Helder

Senha da Central de Regulação: -0- 72 71 39 7-

Marjorie Sigler Re
CR 25924



0037

805.814 3445 USG

CRN 1250

Eletro: 351740

Usuário Atendimento: JACIOLE02808

Data de Emissão:

Font:

Data de Emissão CRN:

Comissão CRM: 13/07/2017

Parade nationale des forces armées canadiennes
à l'occasion du 150^e anniversaire de la Confédération
du Canada en 1967 - 150 ans de l'union
des provinces

Fig 20
Dor. defer undat. (Pulbas + 7)
Glycerin = 15

Proprietor George T. H. C. 6

Base - x column cervical + lower - base
Base - E.

Cefalopoda 100g + 100ml Spore

Re. Discase

1. проблема

ATENCIDO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

UNDAE:

LEITO DO PACIENTE



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Protocolo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora rotada da senha: 06/10/2017 18:32

Nome Paciente: GILDEONE JOSE DA SILVA
Cód. Paciente: 98485
Data de Nascimento: 01/03/1999
Sexo: Feminino
Idade: 18
Senha: 0037
Convênio: 2 - SUS S/A AMB/URG
Atendimento: 308185
SAME:



Período: 06/10/2017 18:45 - 06/10/2017 18:45

ARRISSA CARVALHAL BARRET C. DA S. CAMPOS - COREN: 350530 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Precedência

URGENCIA - AMARELO

QX

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE CHEGA AO HOSPITAL EM EGR. CONSCIENTE ORIENTADO VITIMIZADO
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COLISÃO CARRO/MOTO ONDE ERA O PILOTO DO CARRO
E ESTAVA SEM CAPACETE HÁ 2 H. REFERE NÃO TER BATIDO CABEÇA. APRESENTA
FRATURA EM MIE COM DOR COM ESCORIAÇÕES EM MSE. NEG. DM. NEG. HA. NENHUMA
ALERGIA MEDICAMENTOSA. PA: 120x70 FC: 76 BPM

Observação:

REFERENCIADO DE CATEND
SENHA: 6271937

Exatidão sintoma

TRAUMA

Exatidão dor

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4/10)

Exatidão diagnóstico

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Assinado eletronicamente por: JOSE RINALDO FERNANDES DE BARROS - 17/01/2019 09:20:41
Data Impressão: 06/10/2017 18:45

ENFERMEIRO(A)

Assinado eletronicamente por: JOSE RINALDO FERNANDES DE BARROS - 17/01/2019 09:20:41





Santo Amaro
HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



ATENDIMENTO: 494470

Prontuário: 1065999

Nome: GILDEONE JOSE DA SILVA

Data Nasc.: 01/09/1999

Idade: 18

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 10293798

CNS: 898004986843585

Endereço: ENGENHO GRANITO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CATENDE

CEP: 55400000

Fone: 97548963

Profissão:

Nº: 0

Estado: PE

Nome da Mãe: ELAINE CRISTINA DA SILVA

Acompanhante: ELAINE CRISTINA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: Nº SENHA - 5271573 * HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA * PACIENTE QUEIXA-SE DE TRAUMA EM PERNA ESQUERDA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Dr. Luis Moraes
Ortopedia e Traumatologia

Queixa Principal / HDA:

*Paciente vítima de acidente de moto em Catende
com fratura da perna esquerda*

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Bom Perf. Distal

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

EGT, Coração, Pulso, Fígado, Bom Perf. Distal

B: Respiratório

Do + adu - fôrra fígado

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

0294812





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☒ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 06/10/2017 22:23 h SEPHORAF

impressão: 06/10/2017 22:23 h SEPHORAF

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 06/10/2017 22:16

	Nome Paciente: GILDEONE JOSE DA SILVA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 01/09/1999
	Sexo: Masculino
	Idade: 18
	Senha: E0037
	Convênio:
	Atendimento: SAME:

Período: 06/10/2017 22:17 - 06/10/2017 22:17

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MIESQ

Observação: SENHA 5271573

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/10/2017 22:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ | IDADE > OU IGUAL 85 ANOS |
| ☐ | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS |
| ☐ | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO |
| ☐ | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE |
| ☒ | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA |
| ☐ | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| ☐ | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA |
| ☐ | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) |
| ☐ | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA |
| ☐ | SEDAÇÃO/ANESTESIA |
| ☐ | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
| ☐ | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL |
| ☐ | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA |
| ☒ | PACIENTE CIRÚRGICO |

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Consentir a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Assinado eletronicamente por: JOSE RINALDO FERNANDES DE BARROS - 17/01/2019 09:20:41
Racha/PE - CEP 53.650-060
Fone: (0XX) 318-46800

HGV-1028 V.1 2013.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SERVIÇO SOCIAL FICHA SOCIAL	
CARTÃO SUS:		Nº REGISTRO: 1065999	
NOME COMPLETO: <u>Gildene Rose da Silva</u>			
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO: <u>01/09/99</u>	IDADE: <u>18</u>
☒ EMERGÊNCIA ☐ ENFERMARIA		LOCAL: <u>conduzido</u>	
ENDEREÇO: <u>conforme matutário</u>			
CIDADE: <u>Catende</u>		UF: <u>PE</u>	CEP:
TELEFONE P/CONTATO: <u>9754-8963</u>		SEXO: ☐ F ☒ M	
ÉTNIA/RAÇA: ☐ BRANCA ☐ PARDA ☐ PRETA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA			
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL?			
ESTADO CIVIL: ☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS:			
ESCOLARIDADE:			
☐ NÃO ALFABETIZADO ☐ APENAS ASSINA O NOME ☐ EDUCAÇÃO INFANTIL ☐ FUNDAMENTAL INCOMPLETO ☐ FUNDAMENTAL COMPLETO ☒ MÉDIO INCOMPLETO ☐ MÉDIO COMPLETO ☐ SUPERIOR INCOMPLETO ☐ SUPERIOR COMPLETO ☐ OUTROS:			
CRENÇA:			
SITUAÇÃO OCUPACIONAL:			
☐ EMPREGADO O/CARTEIRA ASSINADA ☐ EMPREG.S/CARTEIRA ASSINADA ☐ SERVIDOR PÚBLICO ☐ AUXÍLIO DOENÇA ☒ ESTUDANTE ☐ AUTÔNOMO ☐ DO LAR ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ PENSIONISTA ☐ BPC			
RESIDE:			
☒ FAMILIARES ☐ AMIGOS ☐ SOZINHO ☐ ABRIGO ☐ EM SITUAÇÃO DE RUA ☐ EM SISTEMA PRISIONAL			
NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Edaine Cristina</u>		GRAU PARENTESCO: <u>mãe</u>	
☐ INTERNADO SEM ACOMPANHANTE ☒ INTERNADO COM ACOMPANHANTE		CONTATO: <u>9754-8963</u>	
☐ ASSEGURADO POR LEI		☐ AUTORIZAÇÃO MÉDICA DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE	
ASSINATURA E CARIMBO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL		ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO(A)	
NOME DO ACOMPANHANTE: <u>Alma Vinícius</u>			
GRAU PARENTESCO:		TELEFONE:	
OBSERVAÇÕES:			
 Jose Rinaldo Fernandes de Barros Assistente Social CRESS-4ª Região Nº 9339 DATA: <u>07/10/17</u>			
ASSINATURA E CARIMBO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL			

SOCIAL 1004 V.1.2018

 Avenida General Beneditino - Condado
 Recife/PE - CEP 50.630-000
 Fone: 0800.3184800




DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GILDEONE JOSÉ DA SILVA**, prontuário nº **110.8333**, admitido neste hospital em 07/10/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos da Perna Esquerda, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 13/10/2017.

Recife, 16 de Janeiro de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: GILDEONE JOSE DA SILVA

Reg.: 536068

Pront.: 1108333

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 01/09/1999

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 18

Admissão: 07/10/2017 16:35

Alta: 13/10/2017 11:59



Admissão:

FRATURA EM TIBIA ESQUERDA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA

Internação:

Unidade	Admissão:	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	07/10/2017 16:35	13/10/2017 11:59	6 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531



SEI

Processo
Sendo
Estado

SECRETARIA DE SAÚDE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Identificação do Estado: Estado de Mato Grosso do Sul

HSA

Identificação do Paciente

Gilberto José da Silva

536068

Identificação do Paciente

Identificação do Paciente

Identificação do Paciente

Identificação do Paciente

NUMERO DE ATENDIMENTO INTERNO

QUADRO DE PROCEDIMENTO

1. CONDIÇÃO DE PROCEDIMENTO: OUTROS

2. CONDIÇÃO DE PROCEDIMENTO: OUTROS

3. CONDIÇÃO DE PROCEDIMENTO: OUTROS

4. CONDIÇÃO DE PROCEDIMENTO: OUTROS

5. CONDIÇÃO DE PROCEDIMENTO: OUTROS

6. CONDIÇÃO DE PROCEDIMENTO: OUTROS

PROCEDIMENTO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Fratura da perna da esquerda **040 80 50 500**

Fratura externa
Fratura da perna

040 80 50 500

040 80 50 500

Paciente vítima de acidente motociclistico há 02 dias, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirurgico
Operado Alta Hospitalar após melhora

Dr. Henrique Carlos

A

71746226440

09/10/17

Página 1





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **GILDEONE JOSE DA SILVA**

Nº Registro: 536068 Nº Protuário: 1108333 Sexo: Masculino Idade: 18 ano (s)

Data: 10/10/2017 / 11:12 Convênio: SUS - AMB

Data do Internamento: 07/10/2017 16:35 Data da alta: 13/10/2017 18:58 Intervalo: 6

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura dos Ossos da Perna Esquerda
CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirurgico de Fratura dos Ossos da Perna Esquerda
CÓDIGO: 0408050500

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 02 dias, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura dos Ossos da Perna Esquerda CID:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 17/10/2017 08:41:54.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **GILDEONE JOSE DA SILVA**

Nº Registro: 536068 Nº Protuário: 1108333 Sexo: Masculino Idade: 18 ano (s)

Data: 10/10/2017 / 11:12 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 07/10/2017 16:35 Data da alta: 13/10/2017 18:58 Intervalo: 6

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24.08.2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 17/10/2017 08:41:54.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PA8X 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **GILDEONE JOSE DA SILVA**

Nº Registro: 536068 Nº Protuário: 1108333 Sexo: Masculino Idade: 18 ano (s)

Data: 09/10/2017 / 11:10 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 6

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 09/10/2017-11:11

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Esquerda

Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Esquerda

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Esquerda

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

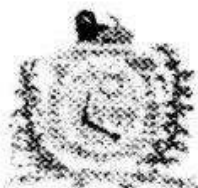
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antissepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecação por planos, realizado a redução cirúrgica da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com fixador externo + pinos schanz, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SF0,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 17/10/2017 08:38:37.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 086ª CIRCUNSCRIÇÃO - BELÉM DE MARIA - DP86ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0176000271**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/10/2017** às **15:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/10/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 1, ROÇADINHO** - Bairro: **CENTRO**
CATENDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **BAR DA BARCA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE GILDO DA SILVA (OUTRO)
GILDEONE JOSE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE GILDO DA SILVA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**



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

GILDEONE JOSE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELAINE CRISTINA DA SILVA** Pai: **JOSE GILDO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/9/1999** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE GILDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA DA CONCEICAO** Pai: **JOSE FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **29/12/2011** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CATENDE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CATENDE/PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (NXU8294) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE GILDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILDEONE JOSE DA SILVA**



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU3294** (PERNAMBUCO/CATENDE) Renavam: **232962862** Chassi: **9C2KD0610AR033013**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO - AMBULANCIA(KJY7177) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJY7177** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE GILDO, GENITOR DE GILDEONE, VEM A ESTA DELEGACIA INFORMAR ACIDENTE DE TRANSITO ONDE SEU FILHO FIGUROU COMO VITIMA; INFORMA QUE NESSE MOMENTO O SEU FILHO ESTA IMPOSSIBILITADO DE SE LOCOMOVER EM DECORRENCIA DO ACIDENTE; QUE ESSE ACIDENTE OCORREU EM VIA PUBLICA NA LOCALIDADE DO DISTRITO DE ROÇADINHO, NO MUNICIPIO DE CATENDE-PE; QUE EM CERTO MOMENTO NESTA LOCALIDADE A AMBULANCIA SE DEPAROU COM O SEU FILHO QUE TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA; INFORMA QUE NENHUMA DAS PARTES DEU CAUSA AO FATO, SENDO UMA FATALIDADE; QUE DEU ENTRADA NO HOSPITAL LOCAL COM A FICHA Nº 26422, NO DIA 06/10/2017 AS 16:13H, E QUE SEGUNDO HISTORICO FOI FEITO UM ENCAMINHAMENTO PELA DRA MARGARITA SILGER REYES, CRM-PE 26924. EM TEMPO INFORMO QUE NAO FOI FEITO NENHUM TIPO DE PERICIA PARA APROFUNDAMENTO NO QUE TANGE A DINAMICA DOS FATOS, BEM COMO QUANTO AS LESOES SOFRIDAS PELA VITIMA, CABERA POSTERIORMENTE AS AUTORIDADES CABIVEIS FAZER ESSE DIAGNOSTICO, NESSE MOMENTO NOS ATEMOS A NARRAR OS FATOS. NESSE SENTIDO ENCERRO O PRESENTE BO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Jose Gildo da Silva
JOSE GILDO DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **ROBSON ALVES DE OLIVEIRA** - Matrícula: **320314-3**



[Handwritten signature]



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013432130855	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VI-1	CD-RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	2629F2963	1	2017
JOSE GILDO DA SILVA			
CATENDU-PE			
810.956.944-72		PLACA NKU8299	
PLACANT/UF		CHASSI	
*****		3C2KDC0516AR033D13	
ESPÉCIE/VEIC		COMBUSTÍVEL	
FAS MOTOCICLETA		ALCO/GAROL	
MARCA/MODELO		ANO/FAB - ANO/MOD	
HONDA/NXR150BROS MIX ESD		2010 - 2010	
CAP/VOT/UF	CATEGORIA	COR/INSCRICAO	
EF/142CL	PARTIC	VERMELHA	
DOTA UNICA	VENG. DOTA UNICA	VENG. DOTA UNICA	
IPVA 2014 QUITADO	1	*****	
SADA/IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2	
1	*****	3	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - COT. (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO			
SEGURO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE FORTALECIMENTO OBRIGATORIO			
CATENDU-PE			
Charles Andrews Sousa Farias			
DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIEIRIA RISTRE JOU POR SEU FARGA APESORAS TRANSPORTADAS OU NAUO SEGURO DPVAT			
PE Nº 013432130855		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOSE GILDO DA SILVA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 822 1204			
CATENDU-PE		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2017	29/07/17
VI-1	CD-RENAVAM	DPVAT / CNPJ	PLACA
1	2629F2963	810.956.944-72	NKU8299
RENAVAM		MARCA / MODELO	
2629F2963		HONDA/NXR150BROS MIX ESD	
ANO/FAB	DATA	CHASSI	
2010	09	3C2KDC0516AR033D13	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
P/S (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	ICP (R\$)	TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$)	
DOTA UNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
	PARCELADO		
SEGURODORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE NÃO É DE FORTALECIMENTO OBRIGATORIO			



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, JOSE GILDO DA SILVA, portador(a) do RG. Nº 4.186.903, expedido por SSP/PE data de expedição 23/07/1989 e inscrito(a) no CPF/MF. sob o Nº 810.956.944-72, com domicílio na cidade de CATENDE, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) EG. ROCADINHO, I ROCADINHO RURAL / ROCADINHO RURAL declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima GILAEONE JOSE DA SILVA, cujo condutor era A VÍTIMA.

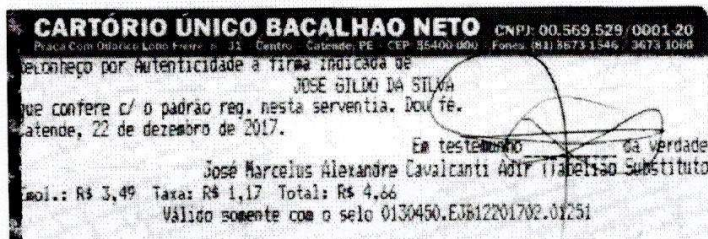
Veículo	MOTOCICLETA
Modelo	HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD
Ano	2010 - 2010
Placa	NXU 8294
Chassi	9C2KD0510AR093013
Data do acidente	06/10/2017

Por ser verdade, firmo-me(amos), sem mais.

Local CATENDE, PE Data 22/12/2017

JOSE GILDO DA SILVA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) por Autenticidade



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS



Paciente: *Antônio José de Jesus*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5822 A 180
nicotina tot.
empac. 1000
5x10 e
em 100ml AP guelo
tratar anelados
Ats
23/4/18

Jose Rinaldo Fernandes de Barros
Cód. 1051
Médico Especialista

Cód. 1226



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 13000718

A/C: GILDEONE JOSE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180190131
Vítima: GILDEONE JOSE DA SILVA
Data do Acidente: 06/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALCI FRANCISCO DA SILVA CHAVES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILDEONE JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004754

Conta: 000009694-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



À SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA

Ref.: SINISTRO 3180190131

SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE

GILDEONE JOSE DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, alfabetizado, portador da Carteira de Identidade nº 10.293.798 SDS-PE, inscrito no CPF sob nº 135.797.314-40, residente e domiciliado no Engenho Roçadinho, nº 1, Bairro Roçadinho Rural, Cidade Catende, CEP 55.400-000, no Estado de Pernambuco; vem, respeitosamente, requerer à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, com sede R SENADOR DANTAS, Nº 74, Bairro CENTRO, Cidade RIO DE JANEIRO, CEP 20.031-205, no Estado do RIO DE JANEIRO, e demonstrar **insatisfação e indignação**, quanto ao resultado do processo em epígrafe, consoante carta referente **PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ** recebida, datada de 23/06/2018 (DOC. Anexo).

1.1 DOS FATOS

O Requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em **06/10/2017**, conforme demonstra cópia do Boletim de Ocorrência nº **17E0176000271**, registrado na Delegacia de Polícia Civil – 074ª Circunscrição – Catende - PE. (DOC. Anexo).

Como consequência do evento o Requerente se encontra com uma debilidade e deformidade permanente, haja vista ter sofrido graves lesões que culminaram em sequelas múltiplas definitivas no **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**, impedindo o desempenho de suas funções habitualmente exercidas.

Foi atendido inicialmente na **Unidade Mista Dr. João Mayrink** de Catende/PE no dia 06/10/2017, onde apresentou **dor e hematomas no membro inferior esquerdo**, e logo depois devido à gravidade das múltiplas lesões, no mesmo dia, foi transferido sucessivamente para o **Hospital Metropolitano Dom Helder** no Cabo de Santo Agostinho/PE e para o **Hospital Getúlio Vargas** em Recife/PE.

O Requerente foi transferido finalmente para o **Hospita' Santa Casa de Misericórdia** do Recife/PE no dia 07/10/2017, onde apresentou à gravidade das sequelas como consta em laudo do ortopedista, em todos os registros hospitalares (DOC. ANEXO) à seguir, diagnosticado no **Sumario de Admissão e Alta (10/10/2017) / Relatório Médico de Alta (13/10/2017) / Relatório Operatório (09/10/2017) / Ficha de Internação (07/10/2017)**, de acordo com o CID-10 aplicado descrito para estes casos e complexidade nos referidos documentos médicos, esclarecendo devidamente as partes atingidas com o diagnóstico de **FRATURA DE OSSOS DA PERNA (TÍBIA E FÍBULA), INCLUINDO TORNOZELO ESQUERDO**, onde foi atendido e submetido a cirurgia pela equipe médica de plantão.

Após a constatação da debilidade permanente, atestada no laudo pericial, o estado de saúde do Requerente, e ciente dessa condição iniciou administrativamente o pleito indenizatório em **22/03/2018**, para receber a referida indenização por **INVALIDEZ**, o que aconteceu – em parte – no dia **19/06/2018**, quando se dirigiu à agência local do **BANCO CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** e efetuou extrato, havia o valor ínfimo de **R\$2.531,25** (Dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte cinco centavos), que fora depositado em conta especialmente destinada para esse fim pela entidade requerida, conforme se depreende o comprovante **MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ** (Doc. Anexo).

Ocorre que, de acordo com a tabela anexa do art. 3º da Lei 6.194/1974, com suas alterações introduzidas pela Lei 11.945/2009, o valor liberado pela seguradora, por **questões meramente administrativas e/ou de perícia** não corresponde àquele valor a ser pago o qual é bem superior aos tipos de lesões que teve na ocasião do tratamento, conforme previsto pela legislação reguladora do Seguro DPVAT, de tal modo que recebeu a quantia inferior àquela que realmente tem direito de receber, **razão pela qual o Réquerente deseja receber o complemento do seguro**.

PAGINA 1 DE 4



1.2. DO DIREITO

1.2.a) DO CUMPRIMENTO DAS EXIGÊNCIAS LEGAIS

Sendo o requerente, vítima de acidente de veículo automotor, atraiu a aplicação da Lei nº 6.194/1974 (**Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não**); conforme dispõe em seu artigo 5º, eis o inteiro teor:

Lei 6.194/1974 -

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)

Nesse diapasão, é notório o direito inerente ao requerente, uma vez que sofreu de fato um acidente automobilístico, ficando com sequelas irreversíveis, conforme documentos comprobatórios em anexo, quais sejam, Boletim de Ocorrência com registro do acidente, e Sumário de Admissão e Alta / Relatório Médico de Alta / Relatório Operatório / com o atendimento nos hospitais quando do acidente, bem como a constatação dos danos causados sendo ratificados pelos documentos que antecederam ao hospital que foi realizado a cirurgia.

1.2.b) DO VALOR DA INDENIZAÇÃO

Comprovado, pois, que o Requerente cumpriu com a exigência legal de comprovação do acidente automobilístico e suas consequentes lesões permanentes, bem como faz jus ao recebimento do seguro obrigatório, imprescindível analisar então a **proporção da invalidez permanente**, de forma que se possa auferir o montante devido. Sendo assim, conforme art.3º, inciso II e §1º da Lei nº 6.194/1974, com alterações introduzidas pela Lei nº 11.945/2009, dispõe que:

Lei 6.194/1974 -

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vítima:

I -

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

(...)

§1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na **tabela anexa** a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

PAGINA 2 DE 4



Por seu turno, os valores correspondentes as indenizações estão disciplinados pelo §7º do art. 5º da mesma Lei Federal.

Art. 5º ...

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado:

E mais, a sociedade seguradora não pode infringir a sobredita Lei, sob pena de **“penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei”**, consoante dispõe o art. 11 da referida Norma Jurídica. Observe:

Art. 11 A sociedade seguradora que infringir as disposições desta Lei estará sujeita às penalidades previstas no art. 108 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, de acordo com a gravidade da irregularidade, observado o disposto no art. 118 do referido Decreto-Lei.

É auspicioso denotar a multa prevista no art. 108, IV, do **Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966**, com a nova Redação dada pela Lei Complementar nº 126, de 2007, e pela Lei complementar nº 137, de 2010, cujo dispositivo legal estabelece o seguinte:

Art. 108. **A infração às normas referentes às atividades de seguro, cosseguro, resseguro, retrocessão e capitalização sujeita, na forma definida pelo órgão regulador de seguros, a pessoa natural ou jurídica responsável às seguintes penalidades administrativas, aplicadas pelo órgão fiscalizador de seguros:**

I - advertência;

II - suspensão do exercício das atividades ou profissão abrangidas por este Decreto-Lei pelo prazo de até 180 (cento e oitenta) dias;

III - inabilitação, pelo prazo de 2 (dois) anos a 10 (dez) anos, para o exercício de cargo ou função no serviço público e em empresas públicas, sociedades de economia mista e respectivas subsidiárias, entidades de previdência complementar, sociedades de capitalização, instituições financeiras, sociedades seguradoras e resseguradores

IV - multa de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais): e

V - suspensão para atuação em 1 (um) ou mais ramos de seguro ou resseguro.

Portanto, diante das sequelas que terá de suportar durante toda sua vida, provocadas em consequência do acidente, perfaz, por previsão legal e de acordo com a tabela, o direito de receber 100% do valor indenizatório máximo que corresponde a **R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, no entanto recebi apenas a quantia ínfima de **R\$2.531,25 (Dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, em total desrespeito com a legislação vigente, fazendo jus ao recebimento da diferença no valor de **R\$10.968,75 (Dez mil, novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos)**.

Isto porque, o valor requerido pela demandante resulta da soma das sequelas advindas do referido acidente, o que é legítimo, haja vista que a Lei 11.945/2009 combinada com a Lei 6194/74 dispuseram no sentido de que a indenização deve ser calculada fazendo o enquadramento na tabela, com base na sequela advinda de um mesmo acidente, sendo o montante da indenização o somatório de todas as sequelas resultantes desse mesmo acidente, respeitando, para tanto, o limite legalmente estipulado correspondente à R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

PAGINA 3 DE 4



Dessa forma, ingressa com o presente pedido, a fim de receber o valor que é de direito, o qual corresponde à diferença entre o valor recebido e o valor devido, com base na Lei nº 6194/74. Caso este pedido seja negado, o Requerente ingressará com ação por meio judicial.

1.3 DA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA

Outro ponto de grande relevância é que a parte requerida normalmente questiona é quanto à suposta exigência da perícia - comprobatória dos danos à vítima - estar acostada junto ao processo administrativo para que então seja homologado e concluso o pedido indenizatório do seguro.

A título de esclarecimento, cumpre ressaltar que, de acordo com a ligação telefônica para livre escolha da cidade mais próxima para realização da perícia, de acordo com os locais disponibilizados pela seguradora, dentre os quais foi escolhido Recife, por ser a capital do Estado de Pernambuco com maior disponibilidade de clínicas, foi marcado para o dia 11/06/2018, às 09:00 horas da manhã, com a Sra. Ana Maria Barros Falcão, perita credenciada pela requerida (Doc. ANEXO).

O Requerente compareceu no local, data e horário marcado, e durante a comprovação dos danos pela referida perita, apresentou os documentos requeridos, cédula de identidade, boletim de ocorrência, documentação hospitalar e Rx do **membro inferior esquerdo** onde demonstram claramente **as fraturas de tíbia e fíbula, incluindo tornozelo**, além do mais é visivelmente constatado fisicamente seu estado de saúde.

Ocorre que, durante a perícia e de acordo com os questionamentos da perita, em relação as dores que o Requerente sente, **além da perna, foi mostrado o tornozelo inchado**. Logo depois, lhe foi falado que seria liberada a indenização em poucos dias, sendo liberado a referida perícia. E ao constatar o valor creditado na conta destinada para esta finalidade, **o Requerente ficou indignado, perplexo e constrangido mediante ao valor e a gravidade das lesões que resultaram do acidente**. Haja vista que de acordo com a carta recebida com memória de cálculo de invalidez, demonstra avaliação apenas do dano pessoal: **Perda completa da mobilidade de um tornozelo** (Doc. ANEXO), o que é o absurdo e no mínimo abusivo.

1.4 DO PEDIDO

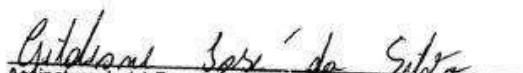
Destarte, ante o exposto. REQUER:

I - **A PROCEDÊNCIA** do requerido pagamento da complementação do valor indenizatório da Invalidez do Seguro obrigatório DPVAT, no valor **R\$10.968,75 (Dez mil, novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos)**, que me é devido por direito, com as devidas correções contados desde a data do acidente, atualizados à data da efetiva liquidação, com respaldo no Art. 5º, §7º, da Lei 6.194/74, c/c o Art. 11 da referida Lei, com alterações introduzidas pela Lei nº 11.482/2009.

II - Desta feita, se trata de compreensível lapso da **SEGURADORA LÍDER** havido por ocasião do **VALOR CREDITADO**, sendo a complementação do valor creditado, data vênica, um imperativo legal.

Nestes termos.
Pede deferimento.

Catende/ PE em 23/07/2018.


Assinatura do (a) Requerente / favorecido (a) / beneficiário (a)

