

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301617 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

DECLARAÇÃO

Eu, GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO
RG 7.380.107, CPF 090.726.024-12, declaro que após ter sofrido
acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 11/02/2019 fui socorrido por
POPULARES DESCONHECIDOS
e levado ao Hospital BELARMINO CORREIA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local:

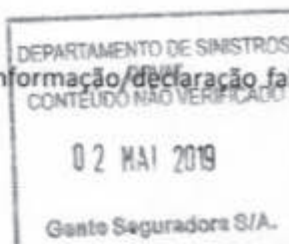
Abreu e Lima

UF:

Pernambuco

Data:

30/04/2019



Geisinaldo Lourenço Francisco

Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190301617 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRIMALEOLAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7 E 8)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

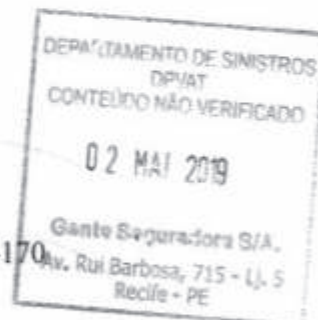
PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: ENTREGADOR
Identidade: 7.390.107-SDS/PE CPF: 090.726.024-12
Endereço: LOTEAMENTO MASSANGANA, nº 197, NOVA GOIANA,
GOIANA-PE, CEP=55.900-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 11/02/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



GOIANA 05/04/2019
Local e data

Geisinaldo Lourenço Francisco
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BORBA, Nº 83, CENTRO - GOIANA - PE - CEP: 55.900-000
Tel.: (81) 3626-0518 - CARTORIO@GOIANA.PE.GOV.BR - CNJ/11.483.600.0001-92

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO, dou fe.
Goiana/PE 05/04/2019 13:56
Emot:3,51; TSNR:0,80; FERC:0,40; TOTAL:4,79; OP:187; Selo digital n.
* 0073585 LXT02201902 01770
MÔNICA DE L. B. C. TORRES SUBSTITUTA

Mônica de L. B. C. Torres

“Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital”

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146579/19

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF: 090.726.024-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: GEISINALDO LOURENCO
FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO : 090.726.024-12

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146579/19

Número do Sinistro: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF: 090.726.024-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0146579/19

Número do Sinistro: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF: 090.726.024-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190301617

Vítima: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 0000016149-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **090.726.024-12** Nome completo da vítima: **GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO** CPF: **090.726.024-12**

Profissão: **ENTREGADOR** Endereço: **LOTEAMENTO MASSANGANA** Número: **197** Complemento: **CASA**

Bairro: **NOVA GOIANA** Cidade: **GOIÂNIA** Estado: **PE** CEP: **55.900-000**

E-mail: **balvins@hotmail.com** Tel. (DDD): **(81) 3538-0069**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0774** CONTA: **00016149** 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Seguradora S/A.
Líder
Lp. 5
Módulo 2-01

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: **Araruama RJ 30/04/2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisinaldo Lourenço Francisco
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gante Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 13.5
Recife - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134000836

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/03/2019 às
17:07

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 11/2/2019 às 01:00**

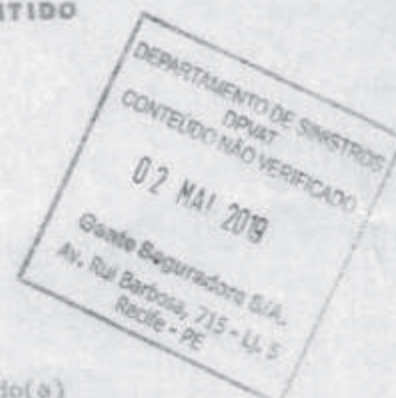
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, BR 101 SENTIDO
GOIANA - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDUARDO JOAQUIM DA SILVA (OUTRO)
GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO



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

GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: ROSILENE NARCISO LOURENÇO Pai: SEVERINO HERCULANO
FRANCISCO Data de Nascimento: 24/9/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 7388167/SSD/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Telefones Celulares:
- 92689427

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 187, RUA DA MASSANGANA - CEP: 8 -**
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

EDUARDO JOAQUIM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDUARDO JOAQUIM DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO
Categoria/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

im de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPrevis...

Placa: **PFC5536** (PERHAMBUCOMÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1670BR571899**

Complemento / Observação

A VÍTIMA DECLARA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA EM TELA BR 191 SENTIDO GOIANA QUANDO UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA COLIDIU NA LATERAL DIREITA VINDO A VÍTIMA CAIR EM SOLO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA HOSPITAL BELARMINO CORREIA ATENDIMENTO 2019/ET001818. FICOU ANEXO CÓPIAS NO BO DOS ATENDIMENTO HOSPITALAR.

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

João Lourenço Francisco
JOISINALDO LOURENÇO FRANCISCO
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: JOSE ALBERTO FERREIRA DE SOUZA JUNIOR - Matrícula:
351985-8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **090.726.024-12** Nome completo da vítima: **GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO** CPF: **090.726.024-12**

Profissão: **ENTREGADOR** Endereço: **LOTEAMENTO MASSANGANA** Número: **197** Complemento: **CASA**

Bairro: **NOVA GOIANA** Cidade: **GOIÂNIA** Estado: **PE** CEP: **55.900-000**

E-mail: **balvins@hotmail.com** Tel. (DDD): **(81) 3538-0069**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0774** CONTA: **00016149** 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Seguradora S/A.
L. 5

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: **Abreu e Luperon 30/04/2019**

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisinaldo Lourenço Francisco
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2019/ET001818 Data e Hora de Atendimento: 11/02/2019 01:45, Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 61919 GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO Registro SUS: 206316062240018
Nascimento: 24/09/1989 Idade: 29 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: COMERCIANTE Naturalidade: GOIANA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 7390107 Filiação: SEVERINO HERCULANO FRANCISCO
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA DA MASSANGANA N:197 Complemento: UF: PE Telefone: 81 9 89914087
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA
Acompanhante: ODEMIR / AMIGO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO Meio de Transporte: Carro

Procedência: DOMICÍLIO

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia e/ou Paralisia de parte do corpo
(+) Dor Local Fratura de MTD (Queda de Moto)
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc:
() Outras queixas:

Antecedentes Mórbridos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm SPO2.99

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Departamento de Sinistros DPVAT
() Cirurgia
(+) Ortopedia DO NÃO VERIFICADO
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros
Classificação: Recife - PE

Lydia Cristina A. Vasconcelos
Enfermeira
COREN 298.414

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

TRAIÇÃO COM TPA + EDEMA + ESCALATIÃO
EM BED AOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
IX: FX TRIMARIZADA TMA D

Exame Físico: Peso: kg.

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

- CID: 1) TTD CIRCÚNICO
2) LIMPEZA + CURATIVO
3) TALA BOTA
4) VOLTAR EN OMB, IM
5) DILATAÇÃO
0301060061
0301100012

Continuação ...

Evolução Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ALTA

Data:

Hora:

Residência

Internação

Óbito

Transferência

Hospital:

Senha:

Médico - CRM

Cadastramento : 11/02/2019 01:46:05 ROBERTA

Impressão : - 11/02/2019 01:48:02 ROBERTA

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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000016149-8

Nr. da Autenticação E24D22E3B9D57F00

2a VIA

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ROSILENE NARCISO LOURENCO PXAS CASAS DE PEDRO DA LOÇA CPF: 781.207.804-34	DATA DE VENCIMENTO 11/04/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 151,82	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/04/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/04/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 056674398	CONTA CONTRATO 001202649021 Nº DO CLIENTE 2000678649 Nº DA INSTALAÇÃO 0001239983
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO MASSANGANA 197 NOVA GOIANA/GOIANA 56900-000 GOIANA PE	RESERVADO AO FISCO 15D2.18D6.F105.9F4C.BDD9.DD79.1459.190C		
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			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Geste Seguradora S/A.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0.52196000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RG	%
Geração de Energia	27,76	30,16
Transmissão	5,99	4,46
Distribuição (Celpe)	26,18	20,88
Encargos Setoriais	6,73	5,37
Tributos	40,79	32,98
Perdas de Energia	8,23	6,87
TOTAL	125,28	100

HISTÓRICO DO CONSUMO
Recife - PE kWh

ABR 19		162
MAR 19		168
FEV 19		160
JAN 19		164
DEZ 18		171
NOV 18		171
OUT 18		166
SET 18		192
AGO 18		236
JUL 18		283
JUN 18		311
MAI 18		405
ABR 18		387

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
126,28	25,00	31,32	126,28	1,36	1,69	126,28	6,21	7,77

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2019					
DIC-Nº de horas sem energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91	19,82
DIC-Nº de vezes sem energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,90	0,90
DCIR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DCIR: 12,22	
ELSD-valor do faturamento de Uso = R\$ 44,50					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCIR a qualquer tempo.					

Pague no ponto mais perto de você: comercial goianense de drogas: rua trapiche do melo no 32 centro / mercadinho renovar lida - app: rua engenho guttuba 29
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL, Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
001202649021	04/2019	151,82	11/04/2019	

DADOS DO CLIENTE
RUA MARIA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 MAR/2019
R JOAQUIM NABUCCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADA	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE EDIFICAÇÕES COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
1	1	1	1	
HIDRÔMETRO A1/S274/52	DATA LEIT. ANTERIOR 28/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 30/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA
LITROS: 7
LITROS: 8
LITROS: 8

CONSUMO: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

02/2019 01
01/2019 01
12/2018 01
11/2018 01
10/2018 02
09/2018 02
MÉDIA: 01

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	50	50	48
COR APARENTE	50	50	44
CLORO RESIDUAL	50	50	49
COLIF. TOTAIS	50	50	49
E. COLI	50	50	50

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	8 M3	60,75
CONSUMO DE ÁGUA		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2019		2,04
JURO DE MORA 12/2018		0,93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	102,05	1,65	1,68
COTAX	102,05	7,60	7,76

VENCIMENTO: 15/04/2019 TOTAL A PAGAR: 105,02

ATENÇÃO:
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 105,07. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO inscrito (a)
no CPF sob o Nº 080.726.024-12 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.726.024-12
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número: 200	Complemento: CASA
Cidade: ABREU E LIMA	Estado: PE	CEP: 53520170	
Bairro: TIMBÓ	Telefone Comercial (DDD): (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD): (81) 98721.5834	
Email: balbinospe@hotmail.com			

Abreu e Lima, 30 de Abril de 2019.

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO inscrito (a)
no CPF sob o Nº 080-726-024-12 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO inscrito (a) no CPF sob o Nº 080-726-024-12
conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

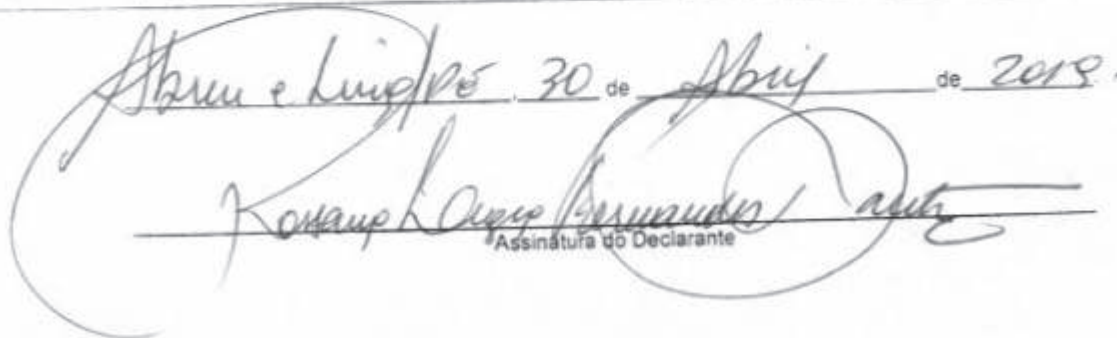
02 MAI 2019

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número: 200	Complemento: CASA
Cidade: ABREU E LIMA	Estado: PE	CEP: 53520170	
Bairro: TIMBÓ	Telefone Comercial (DDD): (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD): (81) 98721.5834	
Email: balbinospe@hotmail.com			

Abreu e Lima, 30 de Abri de 2019.

Assinatura do Declarante

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.726.024-12, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.726.024-12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, que estou informando o endereço atualizado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Libren e datado de 16 de Maio de 2019
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

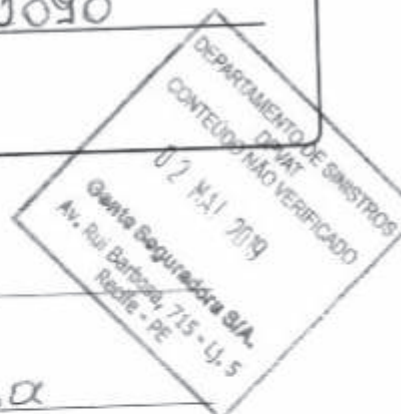
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, EDUARDO JOAQUIM DA SILVA
RG nº 8.857.988, data de expedição 15/09/08
Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 043.602.004-12
com domicílio na cidade de GOIANA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DO APAHE, nº 98
complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO, cujo o condutor era
GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 150 FAN EST Ano: 2011
Placa: PFC-5536 Chassi: 9C2KC1670BR571090
Data do Acidente: 11/02/19

CARTÓRIO
Carlos Torres

Local e Data: GOIANA 05-04-2019

EdUARdo joaquim da Silva
Assinatura do Declarante



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

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA
RUA DR. MANOEL BOMBA, Nº 83, CENTRO - GOIANA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 2626-0518 - CARTÓRIO CARLOS TORRES - CNPJ: 11.489.606/0001-89

Reconheço, Por Autenticidade a firma de EDUARDO JOAQUIM DA SILVA, dou fe
Goiana/PE 05/04/2019 13:56
Emot:3.51; TSNR:0.80; FERC:0.40; TOTAL 4.79; OP: 187 Selo digital n
* 0073585.TT02201902.01771.
MÔNICA DE L. B. C. TORRES SUBSTITUTA

Consulte a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selo digital



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2019/ET001818 Data e Hora de Atendimento: 11/02/2019 01:45, Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 61919 GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO Registro SUS: 206316062240018
Nascimento: 24/09/1989 Idade: 29 Sexo: Masculino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: COMERCIANTE Naturalidade: GOIANA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 7390107 Filiação: SEVERINO HERCULANO FRANCISCO
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA DA MASSANGANA N:197 Complemento: UF: PE Telefone: 81 9 89914087
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA
Acompanhante: ODEMIR / AMIGO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO Meio de Transporte: Carro

Procedência: DOMICÍLIO

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia e/ou Paralisia de parte do corpo
(+) Dor Local Fratura de MTD (Queda de Moto)
() Queixa urinária
() Sangramento. Loc:
() Outras queixas:

Antecedentes Mórbridos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm SPO2.99

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Departamento de Sinistros DPVAT
() Cirurgia
(+) Ortopedia DO NÃO VERIFICADO
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros
Classificação: Recife - PE

Lydia Cristina A. Vasconcelos
Enfermeira
COREN 298.414

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

TRAIÇÃO COM TPA + EDEMA + ESCALATAÇÃO
EM BED AOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
IX: FX TRIMARIZADA TMA D

Exame Físico: Peso: kg.

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

- CID: 1) TTD CIRÚRGICO
2) LIMPEZA + CURATIVO
3) TALA BOTA
4) VOLTAR EN OMB, IM
5) DILATAÇÃO
0301060061
0301100012

Continuação ...

Evolução Enfermagem

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Hospital:

Senha:

Médico - CRM

Cadastramento : 11/02/2019 01:46:05 ROBERTA

Impressão : - 11/02/2019 01:48:02 ROBERTA

10:00 HR

TRAUMATO/ORTOPEDIA



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

HOSPITAL: MIGUEL ANGE
SINHA: 5617633

Guia de Esclarecimento

de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA REGIÃO: XII GERES

Nome: JOSEFINO EVANILSON Sexo: MA Cor: BR Estado Civil: CA Profissão: ---

Idade: 45 anos, 15 horas do dia, 11 de MAI de 2019

do doente atual: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

o Sinistro: ---

Diagnóstica: AX: FRATURA MINILACRIMAL TAT (D)

12-TO CIRCUNSCITO

Armento a (o): --- às --- a --- de 20

do: ---

para observação clínica por --- horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Ass. Médico - CRM. Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gaete Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/02/2019 11:44



Nome Paciente: GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO
Cód. Paciente: 122894
Data de Nascimento: 24/09/1989
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: 0016
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 464889
SAME: 109738

Período: 11/02/2019 12:01 - 11/02/2019 12:03

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

COLISÃO MOTOX MOTO. HD: FRATURA TORNOZELO DIREITO.

Observação:

PROCEDENTE DO BELARMINO CORREIA COM SENHA: 5617633. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Fernanda Nascimento
COREN-PE 273.647-ENE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/02/2019 12:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 464889

Senha da Classificação:

0016

Data e Hora: 11/02/2019 11:49

Paciente: 122894 GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 24/09/1989 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: ROSILENE NARCISO LOURENCO Nome do Pai: SEVERINO HERCULINO FRANCISCO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: LOTEAMENTO NOVA SOLEDA -- 99 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: GOIANA 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: 13:20

Queixa Principal

Lesão por trauma de articulação de mão,
com fratura da base do 5º dedo.
A dor é intensa, localizada e insuportável.

Exame Físico

Wheal, dor, edema e calor.
Dor ao toque.

Hipótese Diagnóstica

Fr. da 1ª metacarpiana 5ª

Prescrição Médica

1) Analgésico

DEPARTAMENTO DE CONTROLE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 13.º F.
Recife - PE

Dr. Bosco B. C. Costa
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO			6 - Nº Prontuário	122894
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RazaCor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
	24/09/1989	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8199250542
11 - Nome da Mãe	ROSILENE NARCISO LOURENCO			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	CLAUDIA DANIELLE DOS SANTOS SILVA				
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
EAMENTO NOVA SOLEDADE, 99 - CENTRO					
15 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ANA	260620	PE	55900974		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dados Sinais e Sintomas Clínicos		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
Paciente VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM TORNÓZELO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL.		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
EVIDENCIA FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA		02 MAI 2019	
AO EXAME: LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL. BOA PERFUSÃO DISTAL NVC PRESERVADO		Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE	
21 - Condições que justificam a internação		26 - CID 10 Causas Associadas	
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas		24 - CID 10 Principal	
ANAMNESE + EXAME FÍSICO		S826	
23 - Diagnóstico Inicial / Código		25 - CID 10 Secundário	
FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA		W199	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		0415020069	

30 - Caracter de Atendimento		31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA		(X) CNS () CPF	98001628727859
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO		11/02/2019	Ortopedia e Traumatologia 26670

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 () Apos			

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 Registro do Conselho)

AIH
261910214580-3

AIH
261910214581-4

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54550
Paciente : 122894
Convênio Atend. : 1
Leito : 693
Dt. Início : 12/02/2019 20:00
Cid Pré-Operatório : S930
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO
SUS - INTERNACAO
VERD2-17
Dt. Fim : 12/02/2019 21:06
LUXACAO DA ARTICULACAO DO TORNOZELO

Atendimento : 465065
Carteira :
Idade : 29 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUX DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO
INTERVENÇÃO: RFFE TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO EM DELTA
OPERADOR: DR FABIO KAUFFMAN
1º AUXILIAR: DR THIAGO MENDONÇA
2º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA
INSTRUMENTADOR: JACIANE
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

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

3UTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO
5. APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO EM DELTA
6. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. CURATIVO ESTERIL
8. BOA PERFUSAO DISTAL MID

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Dr. Samuel Moura
Cirurgião Especialista
CRM: 18099

DR(A) : FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS
CRM : 18099

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54708
Paciente : 122894
Convênio Atend. : 1
Leito : 81
Dt. Início : 20/02/2019 13:10
Cid Pré-Operatório : S827
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO
SUS - INTERNACAO
ORTL-514-LEITO 001
Dt. Fim : 20/02/2019 16:50
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Atendimento : 465065
Carteira :
Idade : 29 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

Convênio: 001
Anestesia:

SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA-LUXAÇÃO TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO
TIPO DE INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO EM MALEOLO LATERAL + RAFI COM PARAFUSOS EM MALEOLO MEDIAL + RAFI COM PLACA EM T EM MALEOLO POSTERIOR + 01 PARAFUSO TRANSINDESMOIDAL
OPERADOR: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: DR PEDRO CUNHA
2º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: DR GENESIO

01. PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL ESQUERDO SOB ANESTESIA
02. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO MID + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
03. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
04. FEITA INCISÃO EM REGIÃO POSTERIO LATERAL DE TORNOZELO DIREITO
05. DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 7 FUROS 3,5 MM + 6 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM
06. REALIZADA INCISÃO EM REGIÃO MEDIAL DO TORNOZELO EM L COM 5 CM, DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE
07. JRA. FEITA REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS 3,5 MM ESPONJOSOS ROSCA PARCIAL
08. FEITA REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO DO MALEOLO POSTERIOR COM 01 PLACA EM T 3,5 MM 3X3 FUROS + 2
09. PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM
10. REALIZADA APOSIÇÃO DE 01 PARAFUSO CORTICAL 3,5MM TRANSINDESMOIDAL DPVAT
11. LAVAGEM COM SF 0,9% 1.000ML
12. VISUALIZADO BOM POSICIONAMENTO DOS IMPLANTES ATRAVES DE ESCOPIA
13. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
14. CURATIVO ESTÉRIL
15. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MID

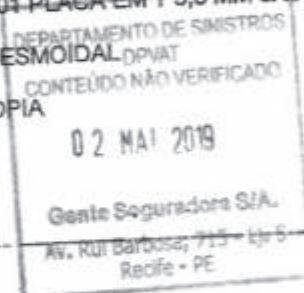
Ortese e Prótese:

- 01 PLACA 1/3 DE CANO 3,5 MM 7 FUROS
- 01 PLACA 3,5 MM EM T 3X3 FUROS
- 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 40
- 01 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 14
- 01 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 38
- 05 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM N 18
- 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA PARCIAL 3,5 MM N 45 E 60

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16.235.335

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO

IDADE: 29 SEXO: MASC

DATA DA ADMISSÃO: 11/02/19

REG: 122894

DATA DA ALTA: 21/2/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 12/02 – FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
- 20/02 – REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS (MALEOLO POSTERIOR FIXADO COM PLACA T)

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;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- 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.

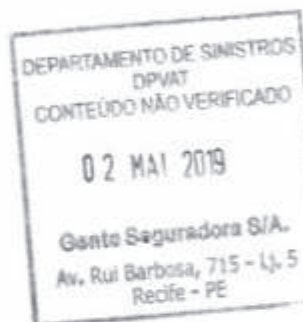
PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 465065

Usuário: COSMEJS

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO			Prontuário:	122894
Idade:	29a 4m 19d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	24/09/1989
R.G.:	7390107	C.P.F.:		Telefone:	CEP 55900974
Endereço:	LOTEAMENTO NOVA SOLEDADE		, 99 - CENTRO	- GOIANA	- PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação:	12/02/2019 10:43	
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano:	GERAL	
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	
Médico Internação:	JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO		Leito:	VERD2-17	

DADOS DO RESPONSÁVEL

me:	R.G.:	C.P.F.:
ereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	21 / 02 / 19	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	BOAS condições clínicas		
Diagnóstico Principal.....:	Fratura timpânica (0)		
Diagnóstico Secundário01.:			
gnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	FE		
	Ragi com placas e parafusos		
Responsável pela retirada do paciente		Assinatura e RG	
Rafaela Narciso Lourenço			

REVISADO
CCH-HMA

Mariano Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM-PE 24973

Médico e CRM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

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 12 de 02 de 19

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GEISINALDO LOURENÇO FRANCISCO REG: 122894

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
11/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM TORNOZELO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E INCAPACIDADE FUNCIONAL. RX EVIDENCIA FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA AO EXAME: LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL BOA PERFUSAO DISTAL NVC PRESERVADO ESCORIAÇÕES EM DORSO DO PÉ DIREITO. EDEMA + / 4+
	HD: 1- FRATURA TRIMALEOLAR DIREITA
	CD: 1- INTERNAMENTO 2- SOL LAB PREOP 3- SOL NOVOS RX + TAC TNZ 4- SOL NOVA TALA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM 122894-670

13.02.19

06:40

HD: FR LX TRIMALEOLAR TNZ DIR

1000 REFE TRANSAT. TNZ DIR.

talante havi estau s/

Quitas Artricas no humero

ECO ORIENTADO CONSERVAT

EUPNEICO AFEBRIL CORPO

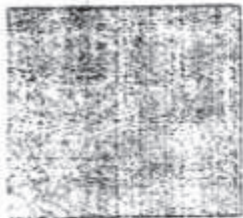
hidratado NORMOTENS

MD - FE RM POSICIONADO

IN PRESERVADO

em AG 7º TEMPO CURAÇÃO

Dr. Sanyer
Ortopedia / Traumatologia
CRM 122894-670



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Dr. Samuel A. Queiroz
Otorrinolaringologista
CRM: 19797

Página.: 0002
Data.....: 20/02/2019
Hora.....: 17:13

DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

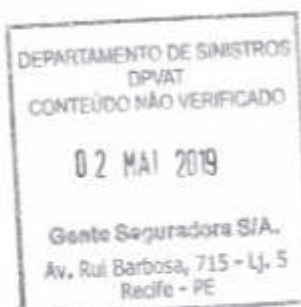


DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 464889 Prontuário: 122894 SAME: 109738 Hora Atend: 11:49 Data Atend: 11/02/2019
Paciente..... : GEISINALDO LOURENCO FRANCISCO Idade: 29 a
Endereço..... : LOTEAMENTO NOVA SOLEDADE
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 12/02/2019 Hora Saída : 10:39

Prestador da Evolução Médica: JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO

DIAGNOSTICO
ENF: LUCIANO



JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO / 26670
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
1300852897

NOME
DEIVALDO LORENÇO FRANCISCO

SEXO / DATA DE NASCIMENTO
M / 24/09/1989

CPF
038.726.024-13

PLACAO
BEVERINO REICOLANO
FRANCISCO
ROSELENE MARCIO
LORENÇO

VALIDADEZ
21/07/2021

EXPIRACAO
14/02/2012

REGISTRO
05422761395

ENDEREÇO
RUA ALV. RODRIGUES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
GOIANA - PE

DATA EMISSAO
22/07/2012

ASSINATURA DO DETRAN

14600031069
08073967172

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2019

Ganto Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

