



Número: **0049927-34.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO LUIZ DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57241 483	31/01/2020 14:49	<a href="#">2648492_IMPUTACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00499273420198172001

**ARUANA SEGUROS S/A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO LUIZ DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no membro inferior direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490066300000056303313>  
Número do documento: 20013114490066300000056303313

Num. 57241483 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429444

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 28/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUZO EM FACE E ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍBULA (LAVAGEM CIRÚRGICA, DEBRIDAMENTO E SUTURA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 13

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no membro inferior direito em grau residual (10%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no membro inferior direito, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o membro inferior direito não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490066300000056303313>  
Número do documento: 20013114490066300000056303313

Num. 57241483 - Pág. 2

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490066300000056303313>  
Número do documento: 20013114490066300000056303313

Num. 57241483 - Pág. 3



Número: **0049927-34.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO LUIZ DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57241 484	31/01/2020 14:49	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)

Atendimento: 1067887 ✓  
Data e Hora: 28/03/2019 22:22

Senha da Classificação:

P0162

Paciente: 339699 JOAO LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/10/1964 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA

Endereço: 1 TRAVESSA VEREADOR OTA --

CRM: 123456

Cidade/UF: RECIFE PE

Bairro: BREJO DE BEBERIBE

RG (Identidade): 2674343 SDS

Usuário Atendimento: DIEGODFS

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 40117800482

Data de Emissão: 23/05/2017 CNS: 706003811255146

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Fone: 87671823

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg  
DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Vitíme de dente plantado na encosta.  
DICE q/ RMC q/ pode de humor. (hor 11h)  
aperte os dentes e suor.

⊕ M/abdominal

EXAME FÍSICO:

Brônco cont com seu suprimento (①)  
" " seu humor

Sobras.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Blefarolite

Pronto exposita fértil (B)

OLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA - IGARASSU  
Endereço: Rua 111  
Fone: 81 32150755 - FAX: 81 32114141

Dr. Edmundo Ving Carvalho  
Tratamento - Ortopedia  
UFSCar - UFRN

PRESCRIÇÃO MÉDICA:		HORÁRIO
1) Do dente		05:30/04/2020 001-40
2) Sintoma de face.		TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LIGA
3) Sintoma interno. Sono ruim		15 JUN 2019
		data da Autoria: 06/04/2020 Boa Vista - CEP: 50.060-010 UFSCar - UFRN

dico / Cremepe:

CAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha



**EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)**

Mind of children, victim as apto-  
lements per moto. by 1st Aug 31. NITA  
NITA & WESSELER & SISTER. NITA  
JUL. 2011. COMM. COMM. COMM. COMM.  
MIE. DURING THE DAY AND NIGHTS (2) PIPES  
(1) NO 3), FRONT (2). FRIENDS ON DARKNESS (2)  
FIRE (1) NO 1). PERSON (1) COULD NOT SIGHT

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

a): unifino con flejado, Rx, negra

## Practice

Dr. Eduardo Knig Carvalho  
Traumatologo-Ortopedia  
CNPJ/MF 0014634

$\hat{y} = \text{fmean } \text{firth}(d)$

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição  
 TRANSFERÊNCIA LOCAL: HAYA SENHA: 565-0902  
 ÓBITO Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ÁS \_\_\_\_ ATESTADO DE ÓBITO  SVO  IML  
Dr. Eduardo Knig Carvalho  
Médico-Dentista - Ortopedia

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

**Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.**

DATA: / / ; HORA: : ;

NOME LEGIVEL -

BG:

05.802.494/0001-41  
TRÂCÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

15 III 2019



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/03/2019 22:12

Nome Paciente:	JOAO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/10/1964
Sexo:	Masculino
Idade:	54
Senha:	P0162
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Periodo: 28/03/2019 22:15 - 28/03/2019 22:18

EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TCE + TRAUMA EM MMII + MMSS
Observação:	NEGA ALERGIA HAS+ DM- ACIDENTE DE MOTO. VITIMA DE ATROPELAMENTO TRAZIDO PELO SAMU DE PAULISTA
Fluxograma sintoma:	SITUAÇÕES ESPECIAIS
Discriminador(es):	- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade:	CLINICA GERAL
Sinais Vitais Lidos:	- ESCALA DE GLASGOW: 15 - HGT: 115.00 MG/DL - P.A. DISTOLICA: 120.00 MMHG - P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG

28/03/2019 22:01:25hr

Pete estabil, segue em remoçao pt  
para no ambulância de unidade

Roberta P. S. Mello  
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 28/03/2019 22:18



### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( ) SENHA: 5650902

Nome do Paciente: Jorge Luis da Silva IDENTIFICAÇÃO Idade: 54  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: Pecife

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
 Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )  
 Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
 Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
 Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
 Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
 Quada: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
 Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
 Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
 Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

História Clínica Atual: Período VITADA por anota bairado por engano  
desde quinta feira 29/01/2020 para ontem quinta, dormiu D NOITE  
(14h, on 29/01/2020). Sintoma desconhecido. Tudo bem. Por favor.  
 Hipótese Diagnóstica: Fraqueza extrema CAUSAS CLÍNICAS

#### Exame(s) e Enunciado Clínico (E)

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/ Estridor: S( ) N( )  
 Disturbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifoide: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Belo Horizonte - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



### EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

#### Escala de Coma de Glasgow (ECG)

Abertura Ocular Espontânea	4
Abertura Ocular a Voz	3
Abertura Ocular a dor	2
Sem abertura ocular	1

RESPOSTA VERBAL	
Orientado	5
Confuso	4
Resposta Inapropriada	3
Sons Incompreensíveis	2
Sem resposta Verbal	1

RESPOSTA MOTORA	
Obedece ao comando	6
Localiza Estímulo Doloroso	5
Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Descorticação	3
Descerebração	2
Sem resposta motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( ) Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

#### NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácica : S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )

Lesões Infra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

#### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima( ) Outros( )

Lolô( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína ( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetaminas( ) Éxtase( )

#### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FIO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgésia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: PL

Volume de Fluidos Infundido: 700 mL

Outras Condutas: Cefalotina

cefalosporina

Intercorrências: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

*transferto cirúrgico*

#### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HFMV

Medico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Hora: 22:30

28/3/19  
Local e data

Dr. Eduardo Krig Carvalho  
Traumatologista - Ortopedia  
CRM: 11.175 - TEL: 141414  
Médico Assistente

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Bon Vista - CEP: 50.060-010

20711111-0





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente JOAO LUIZ DA SILVA	6 - N° Prontuário 124275	7 - Cartão Nacional do SUS 706003811255146	8 - Data de Nascimento 05/10/1964
9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X 1	10 - RaçaCor 03 - Parda	11 - Nome da Mãe MARGARIDA ARCANJO DA SILVA	12 - Telefone de Contato
13 - Nome Responsável MARGARIDA ARCANJO DA SILVA	14 - Telefone de Contato	15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, - JANGA	

16 - Município PAULISTA	17 - IBGE 261070	18 - UF PE	19 - CEP 53435970
----------------------------	---------------------	---------------	----------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM Perna Direita, ANTEBRAÇO ESQUERDO E REGAO PALMAR DIREITA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES			
21 - condições que justificam a Internação CIRÚRGICO			

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE+EXAME FÍSICO +IMAGEM			
--	--	--	--

23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DO PERONIO [FIBULA]	24 - CID 10 Principal S824	25 - CID 10 Secundário V000	26 - CID 10 Causas Associadas 0301060010
--	-------------------------------	--------------------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO				27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento 0415020069
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA					
30 - Caráter de Atendimento CIRÚRGICA	31 - Documento 2	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980076278437533	33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data de Solicitação 29/03/2019	35 - Assinatura e Crachá (Nº de Registro no Conselho) CRF-SP 16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
37 - ( ) Acidente de Trânsito	38 - ( ) Acid. Trabalho Típico	39 - CNPJ Seguradora 42 - CNPJ / Empresa	40 - N° Bilhete	41 - Série	
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR	

45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado      ( ) Empregador      ( ) Autônomo      ( ) Desempregado      ( ) Aposentado      ( ) Não Segurado
---

AUTORIZAÇÃO		46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
48 - Documento ( ) CNS      ( ) CPF	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			

50 - Data da Autorização 05/08/2019	51 - Assinatura e Crachá (Nº Registro do Conselho) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR HOSPITAL MIGUEL ARRAES RECIFE-PE CRM-PE 561 CPF 330.274.162-00	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) AIH 261910215464-7
--	--	--

Código do Laudo: 471236





## FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **471241**

Usuário: MAYARAAM

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: <b>JOAO LUIZ DA SILVA</b>	Prontuário: 124276
Endereço: 54a 5m 23d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 05/10/1964
Profissão: .G.: 2674343 C.P.F.: 40117600482	Escolaridade: Telefone: 31819859
Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEI,	- JANGA
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	CEP: 53435970 - PAULISTA - PE
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 29/03/2019 04:15
Nidade Internação: VERMELHA - EMERGE! Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA 21	Pisso: GERAL
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO	

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

data da Alta: <u>31/03/19</u>	Hora da Alta: <u>6:00</u>
motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <u>X Ficou apta de Elvira</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Pras fadigas clínicas</u>	
Diagnóstico Secundário01.: <u>REVISADO</u>	
Diagnóstico Secundário02.: <u>CCIH-HMP</u>	
Procedimento.....: <u>Lc + DC + Sutura.</u>	
Dr. Max Félix MÉDICO CRM: 57405 / CRM-MA: 1065	
Médico e CRM:	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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.

05.802.434/0001-00  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 5 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BLC  
Belo Horizonte - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



**MIGUEL ARRAES**  
**Resumo da Classificação de Risco - Protocolo** **PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**  
**Data e hora retirada da senha:** 29/03/2019 02:04



**Nome Paciente:** JOAO LUIZ DA SILVA  
**Cód. Paciente:** 124276  
**Data de Nascimento:** 05/10/1964  
**Sexo:** Masculino  
**Idade:** 54  
**Senha:** 0007  
**Convênio:** 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
**Atendimento:** 471238  
**SAME:** 111068



Período: 29/03/2019 02:44 - 29/03/2019 02:47

**ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação**

**Prioridade:** **EMERGÊNCIA VERMELHO**  
**Cor:** **VERMELHO**  
**Queixa Principal:** VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA NA VIA PÚBLICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATA QUE NÃO LEMBRA DO ACIDENTE. APRESENTA LESÃO EXTENSA EM REGIÃO ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
**Observação:**  
**Fluxograma sintoma:** TRAUMA  
**Discriminador(es):**  

- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

**Especialidade:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
**Sinais Vitais Lidos:**

- FREQUÊNCIA CARDIACA: 115.00 BPM
- FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 190.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 98.00 %

IMA - Hospital Miguel Arraes  
 Lesão de Pele  
 Sim ( ) Não ( )  
 Local .....  
 Enfermeiro

OBS: Fratura tibial  
XXXXXXXXXX

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 15 JUN 2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE/PE

**REVISADO**  
**NF! IMA**

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2019 02:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 471238  
Data e Hora: 29/03/2019 02:10

Senha da Classificação:

**0007**

Paciente: 124276 JOAO LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/10/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12348

Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO, -

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: **02 35**

Queixa Principal

*Força visão de desfocamento há uns 8 horas  
apresentou dor no pescoço (D) embolismo (E). Nigração  
de caminhadas*

Exame Físico

*BBZ profundo, lato, não tem infarto bebida alcoólica*

Hipótese Diagnóstica

*Fib. fibril. 2) & Elim. em obstrução (E)  
exposta (encantamento)*

Prescrição Médica

*1) Internar no Ido 10.00*

*2) Catetosm 18+20 cm Agm*

*3) SPT VAI*

*4) Urgencia 2020*

*5) Rx controle.*

*Fluigardas  
(Cm 2669)*

*Dr. Felipe Guedes  
Medicos  
CEP 62135-000  
CRMF 20689*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

05.802.494/0001-41

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

SENHA: **TRAGACOMETORA  
DESEGUROS LTDA**

( ) Encaminhado ao setor de internação

**15 JUL 2019**

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
REFID: 26





PERNAMBUCO

*HMA Ort*

### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA *5650902*

Nome do Paciente: *José W. da Silva* IDENTIFICAÇÃO Idade: *54*  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: *Ponte Janga*

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
 Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automóvel (Colisão); Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )  
 Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
 Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
 Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
 Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
 Quada: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
 Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
 Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: *? D*  
 Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: *Princípio VTM de amanha para novo dia*  
*liver com sede e dor em mass. ferida D. N. O. D. D. D. D. D. D. D. D.*  
*lida em vitória. Sua dor crônica tempo - tempo -*  
 Hipótese Diagnóstica: *Fevereira* *fracasso* *fracasso*

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 P脉: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
05/07/2019



### EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

#### Escala de Coma de Glasgow (ECG)

##### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a dor 2

Sem abertura ocular 1

##### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta verbal 1

##### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem resposta motora 1

**TOTAL DE PONTOS ECG:** 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

#### Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

### NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácica : S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )

Lesões Infra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima( ) Outros( )

Loló( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína ( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetaminas( ) Éxtase( )

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibiotioterapia: S( ) N( ) Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: RL

Volume de Fluidos Infundido: TEU

Outras Condutas: CEFALOTINA

CORTICOSTEROIDES

Intercorrências: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

transferto cirúrgico

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HFA

Medico Regulador: \_\_\_\_\_

Hora: 23.30

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

28/1/19

Local e data

Dr. Eduardo Krug Carvalho

Traumatologia Ortopedia

CRM: 18075 - TECI 14144

Médico Assistente

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

15 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C

Baixa Vista - CEP 50.063-010

REC/SE/DR



## Evolução Clínica

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
29/3/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
03:00	<p>PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM Perna Direita, Antebraço Esquerdo e Região de Dorso de Mão Direita. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES. NEGA VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA, REFERE TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA</p> <p>AO EXAME: EGR, EUPNEICO, LOT, HALITO ETILICO</p> <p>MID: FERIMENTO EM REGIAO LATERAL DE Perna Direita DE CERCA DE 5 CM</p> <p>LESAO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO +/- 2 CM</p> <p>HD: FRATURA EXPOSTA DE FIBULA DIREITA + FERIMENTO ANTEBRAÇO ESQUERDO</p> <p>CD: INTERNO AO BLOCO AS 6:00 HORAS.</p> <p>SOLICITO RX DE CONTROLE + HB+HT</p>
03:15	<p>Em tempo: Paciente relata Dr. Luiz Roberto Medeiros Gomes de paralisação de 10 cm. Rx de controle: 1200 mg.</p>
30/03/2019	<p># ORTOPEDIA #</p> <p>Paciente admitido a 11h = 1h. com fratura exposta da fibula direita no tornozelo, envolvendo o tendão centralizado pela anestesia curativa. Único local com cicatrização da fratura V3. Eliminação prescrita.</p> <p>Ao exame: EGB, consciente, orientado, hiperativo, coproreto e febre.</p> <p>CD: Discutir possibilidade de alta com staff.</p>

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 15 JUL 2019  
 Rua da Aurora, 19 175, SL 902 BLC  
 CEP: 50.060-010

Dr. Luiz Roberto Medeiros Gomes  
 Médico  
 CRM-PE 27636 CRM-BA 33039



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 55532      Sala : 0002      SALA 02  
Paciente : 124276      JOAO LUIZ DA SILVA  
Convênio Atend. : 2      SUS - EXTERNO / URGENCIA      Atendimento : 471238  
Leito : 791      VERMELHO EXTRA-29      Carteira :  
Dt. Início : 29/03/2019 08:50      Dt. Fim : 29/03/2019 09:40      Idade : 54 Anos  
Cid Pré-Operatório : S824      FRATURA DO PERONIO [FIBULA]  
Cid Pós-Operatório : S824      FRATURA DO PERONIO [FIBULA]

**Procedimentos**

Procedimento: 0401010058      EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)  
Convênio: 002      SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Anestesia: 05      RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO      16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
ANESTESISTA      3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA DIREITA  
INTERVENÇÃO: LC + DC + SUTURA  
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE  
1º AUXILIAR: DR ICARO MÔLIM  
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS  
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- LAVAGEM EXAUSTIVA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% DO FERIMENTO EM FACE LATERAL ALTA DA Perna DIREITA
- DEBRIDAMENTO DAS BORDAS DO FERIMENTO
6. SUTURA DE FERIMENTO
7. CURATIVO ESTÉRIL

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

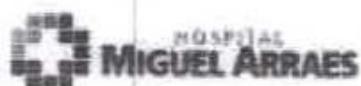
Dr. Icaro Môlim de S. Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 26560

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM : 16863

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 J.R. 279  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO: 29/3/2019 DATA DA ALTA: 30/3/19  
DIAGNÓSTICO: Fractura de Fratura (P)

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

CIRURGIAS: LC + AC + Gofrana

### **ORIENTAÇÃO:**

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia (Trauma)
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA ( )

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESO: SIM ( ) NÃO ( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Max Felix  
MÉDICO  
CHAPINHO CLÍNICAS

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 RLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE





05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 III 2019  
Rua da Aurora, 10175, S. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
PEGE-01



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 15



05.802.494/0001-43  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 JUL 2019  
Avda da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C,  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RJ/BR-PE (PERNAMBUCO)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 16

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190429444      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO LUIZ DA SILVA      **Data do acidente:** 28/03/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE E ANTEBRAÇO ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍBULA (LAVAGEM CIRÚRGICA, DEBRIDAMENTO E SUTURA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 13

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: JOÃO LUIZ DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: REPÓRTER  
Identidade: 2.674.343  
Endereço: RUA: ESPERANÇA N° 4 bairro (início) CPF: 401.376.004-811

**OUTORGADO:**

Nome: TARCISIO LOPEZ da SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ATENDIMENTO  
Identidade: 110-67554-90  
Endereço: RUA: ESPERANÇA NE GUEIOT DE ARACAJU N° 405 CPF: 642.373.814-35

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a CENTAURO SEGURADORA S/A, a fim de receber a Indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, junto ao Banco do Brasil, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

Local e Data:

Recife, 03-07-2019



JOÃO LUIZ DA SILVA  
**ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**

Anexar cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência do outorgado.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital  
Av. Beira Mar n.º 1000, 1º - Centro - Recife - PE - CEP: 50.000-000 - Fone: (81) 3111-0011

Reconhecimento por autenticidade da firma indicada de  
JOÃO LUIZ DA SILVA  
que consta no pedestal reg. neste cartório. Dado n.  
Recife, 09 de junho de 2018 12:11:22.

Em testemunha

Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)  
Sala: 0072980 GOH06201901.03406



05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15.11.2018  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239176/19

Número do Sinistro: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

CPF: 401.176.004-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/03/2019

Titular do CPF: JOAO LUIZ DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### 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](http://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: 30/07/2019  
Nome: TARCISIO LOPES DA SILVA  
CPF: 047.371.824-35

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

TARCISIO LOPES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239176/19

**Vítima:** JOAO LUIZ DA SILVA

**CPF:** 401.176.004-82

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 28/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOAO LUIZ DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### TARCISIO LOPES DA SILVA : 047.371.824-35

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

#### JOAO LUIZ DA SILVA : 401.176.004-82

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](http://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: 15/07/2019  
Nome: TARCISIO LOPES DA SILVA  
CPF: 047.371.824-35

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

TARCISIO LOPES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01651/01652 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050826

Carta nº 14574649



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 21



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190429444 Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

**Data do Acidente:** 28/03/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14574650



3322 00Z69/000770 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311449007590000056303314>  
Número do documento: 2001311449007590000056303314

Núm. 57241484 - Pág. 22



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190429444      Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta\_04 - INVALIDEZ



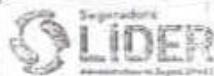
00020160

Carta nº 14656419



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 23



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	403.176.004-82	João Luiz da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:			CPF:	403.176.004-82
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Repositor	Rua: Esperança	4		CASA
Bairro:	Recife	Estado:	CEP:	5236-796
Local:		Tel.(DDD):	1831 99358-6359	
E-mail:				

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

### DADOS CADASTRAIS

**RENDIMENTO:**  RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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 (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **821** CONTA: **92.625** B (Informar o dígito se existir) CONTA: **92.625** B (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando siente, ainda, de que qualquer omisão 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.

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LIDER

2º | Nome: 15.III.2019

CPF: \_\_\_\_\_

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 51.060-010

Assinatura \_\_\_\_\_

FCC/ES/PR

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)

Local e Data: Recife  
Nome: João Luiz da Silva  
CPF: 403.176.004-82

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito todo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01/2013



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 034<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -  
DP34<sup>a</sup>CIRC DIM/8<sup>a</sup>DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0124000854**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/06/2019 às 11:46

Completa o BO Número: 19E0124000851

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado) que aconteceu no dia 28/03/2019 às 20:00**

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BOUTON CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 1 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO DO FORTÉ DE PAU AMARELO Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
301 Vista - CEP: 50.000-010  
RECIFE/PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE )  
JOÃO LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na peragação da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA

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

**JOÃO LUIZ DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mbo: MARGARIDA ARGANJO DA SILVA Ps: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 05/10/1984 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2874343/SDS/PE (RG). 48117600482 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares:  
- 886746684**

Endereço Residencial: RUA DA ESPERANÇA, 4 - CEP: 56000-000 - Bairro: DÔIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO COLÉGIO

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)**

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): CONDUTOR DE**



**VEÍCULO MOTOCICLETA**, que estava em posse do(s) Sr(s): CONDUTOR DE VEÍCULO

**MOTOCICLETA**

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

apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE MARGA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VITIMA.**

### Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO GUERROS LEITE, EM PAU AMARELO, PRÓXIMO DO FORTÉ DE PAU AMARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VITIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA N° S- 666688 PARA A UPA DE IGARASSU ATENDIMENTO N° 1907887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES GÓS. ATENDIMENTO: 471241, HOUVE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATA DA DE 31/03/2019. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

*João Luiz da Silva*  
JOÃO LUIZ DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMONE DE ARRUDA NETO** - Matrícula: 381052-0



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

25/06/2019 11:38



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
 Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 26



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -  
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0124000851**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2019** às  
**11:30**

Complementado pelo BO Número: **19E0124000854**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que  
aconteceu no dia 29/3/2019 às 20:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS  
LEITE, 81 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -**  
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE )  
JOÃO LUIZ DA SILVA (VITIMA)**

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

30 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C  
Recife - CEP: 50.060-210

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

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

**JOÃO LUIZ DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nome: MARGARIDA  
ARGAMJO DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 5/10/1984  
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2674343/SDS/PE (RG).  
48117688482 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares:  
- 988746884**

Enderço Residencial: **RUA DA ESPERANÇA, 84 - CEP: 56000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FREnte AO COLÉGIO**

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DE  
VEÍCULO MOTOCICLETA, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO  
MOTOCICLETA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto  
Bem/condição: NÃO  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://200.236.83.36/pernambuco/VisualizaB.O.do?i..>

**Descrição: DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

**Complemento / Observação**

**INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, EM PAU AMARELO, PRÓXIMO DO FORTÉ DE PAU AMARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA N° 8- 666983 PARA A UPA DE Igarassu ATENDIMENTO N° 1867887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CÓD. ATENDIMENTO: 471241, HOVE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATADA DE 31/03/2010. NADA MAIS A REGISTRAR.**

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

**JOÃO LUIZ DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: ANTONIO SIMÕES DE ARRUDA NETO - Matrícula: 381852-8

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

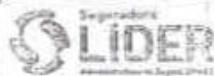
30 III 2009

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
 Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 28



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASU:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	403.176.004-82	João Luiz da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:			CPF:	403.176.004-82
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Repositor	Rua: Esperança	4		CASA
Bairro:	Recife	Estado:	CEP:	5236-796
Local:		Tel.(DDD):	1831 99358-6359	
E-mail:				

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

### DADOS CADASTRAIS

**RENDIMENTO:**  RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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 (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **821** CONTA: **92.625** B (Informar o dígito se existir) CONTA: **92.625** B (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando siente, ainda, de que qualquer omisão 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.

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LIDER

2º | Nome: 15.III.2019

CPF: \_\_\_\_\_

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 51.060-010

Assinatura \_\_\_\_\_

FCC/ES/PR

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver)

Local e Data: Recife,  
Nome: João Luiz da Silva  
CPF: 403.176.004-82

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01/2013



PREFEITURA DA CIDADE DO PAULISTA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 18.05.2019,  
EM: 21.05.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **JOÃO LUIZ DA SILVA, RG Nº 2.674.343 – SDS - PE, CPF Nº 401.176.004-82**, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – **608093** do dia **28 de março de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 20hs e 00min, vítima de atropelamento, na Av. Claudio Gueiros Leite, S/N, Pau amarelo – Paulista, nas proximidades da COMPESA, sendo em seguida removido para a UPA de Igarassu.

**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 / 05 / 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 502 Bl. C  
São Vista - CEP: 53060-010  
RECIEP.PF

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape – Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número do documento: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 30



Banco		XXX-0		0000007079-8 18/01/2019	
Número do Documento:				Data da Preenchimento:	
4744		LOJA RS INFORMATICA		Vencimento:	
Santander		Bancos/Brasil		12/06/2019	
Detalhamento				Aguinaldo/Corrigido:	
Assunto Ramiro		K3 RET			
Liquido: R\$ 18401,22,00		Data Doc.: 07/01/2019		Número Doc.: 4744	
Prazo: 30/01/2019		Especie Doc.: Cr.		Especie Doc.: N	
Prazo Vence do Documento		Aporte		Data Preenchimento	
30/01/2019		R\$ 0,00		07/01/2019	
Prazo Vencimento Multa:		Quantidade		Valor	
Referência: 07/01/2019		103		(+) Valor do Documento: R\$ 0,00	
Instruções de restornabilidade do Banco/Brasil: Qualquer dúvida sobre este boleto, contate o beneficiário.				(+) Documento/Assinatura:	
APÓS O 5º DIA MULTA DE R\$ 5,00 (CINCO REAIS) APÓS O 3º DIA DO VENCIMENTO O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO AUTOMATICAMENTE.				(+) Multa/Corrigida:	
PARAMENTO APENAS EM NOSSA LOJA (RS INFORMATICA)				(+) Vencimento:	
CASO A PECÚIA DO CÂMBIO ACABARATÁ O CUSTO DE R\$ 5,00 (CINCO REAIS) PARA REMESSA DO				Referência ao mês JUL/2019	
MESES.				Referência ao dia 07/01/2019	
Prazo Vencimento:				Referência ao dia 07/01/2019	
Proprietário:				Referência ao dia 07/01/2019	
TARCISO LOPES DA SILVA - CPF: 647.371.311-00				Referência ao dia 07/01/2019	
RUA: BRUNA NEGRERO DE ABRAAO 418 - MACACERRE, - DE TRIM AO FIM - LADÔ PAR				Referência ao dia 07/01/2019	
RECIFE - PE - 52041-000				Referência ao dia 07/01/2019	
Endereço:				Referência ao dia 07/01/2019	

,802494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
SEGUROS LTDA

15

Vila da Aurora, nº 175, Sl 902-00  
9009 Vila - CEP 50.060-010  
25/07/04



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/01/2020 14:49:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013114490075900000056303314>  
Número de protocolo: 20013114490075900000056303314

Num. 57241484 - Pág. 32



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> 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 Torresio Yves da Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 403.373.824 / 35, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Torresio Yves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 403.376.004 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura INTERLÍNEA, da Vítima Torresio Yves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o N° 403.376.004 / 82, 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 à Seguradora Lider-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.

Enderço	Número	Complemento
<u>Rua: EFLUNDINA NEGREIROS DE ARRUDA</u>	<u>405</u>	<u>6050</u>
<u>macaxeira</u>	<u>PE</u>	<u>53091-078</u>
<u>Email</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
<u>TorresioyvesdaSilva@gmail.com</u>		<u>(81) 93858-6352</u>

Recife 15 de 07 2019  
Local e Data

05.802.494/0001-11  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Assinatura do Declarante

Torresio Yves da Silva  
15 III 2019  
Rua da Aurora, N° 175, 51.902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RN/PE/BR

DIDRL001 4001/2017