

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** **Gustavo Henrique de Almeida Silva**, brasileiro, solteiro, inscrito no RG nº 211.622.447.277 MEX/PE e inscrito no CPF sob nº 703.450.454-75, residente e domiciliado na Rua Manoel de Aquino Vasconcelos, nº16, bairro Francisco Simão dos Santos, CEP 55291-661, Garanhuns-PE.

**OUTORGADO:** **Epaminondas Moabi Obeid de Lima**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/SP sob nº 355.260; **Jardel da Costa Silva**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 38.570; e **Macdavile dos Santos Vilela**, advogado inscrito na OAB-PE sob nº 38.581, com endereço profissional na Rua 15 de Novembro, nº 165, Térreo, Centro, CEP 55295-230, Garanhuns - PE.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador e o outorgado, concedendo-lhe os poderes da clausula "ad judicia et extra", em qualquer Juízo, Instancia ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, dar quitação, desistir, levantar alvará, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

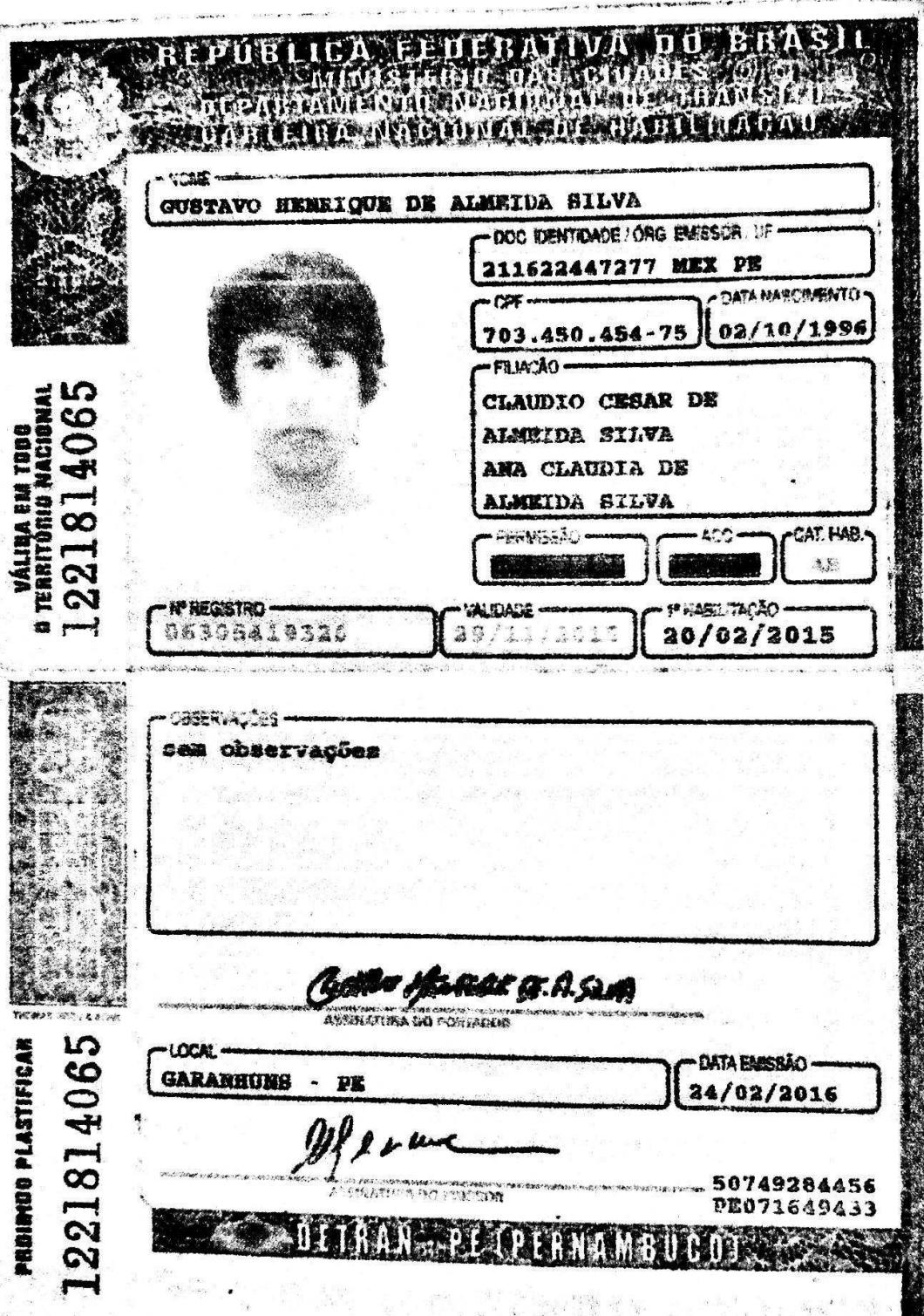
Garanhuns, 20 de setembro de 2018

  
**Gustavo Henrique de Almeida Silva**

**DI/RG 211.622.447.277 MEX/PE**

**JARDEL COSTA E VILELA**  
Advocacia  
Recife/PE (81) 3762-3148  
E-mail: jardelcosta@bol.com.br - Garanhuns - PE





Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:42  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434272400000037565324>  
Número do documento: 18112012434272400000037565324

Num. 38107832 - Pág. 1

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **Gustavo Henrique de Almeida Silva**, brasileiro, solteiro, inscrito no RG nº 211.622.447.277 MEX/PE e inscrito no CPF sob nº 703.450.454-75, residente e domiciliado na Rua Manoel de Aquino Vasconcelos, nº16, bairro Francisco Simão dos Santos, CEP 55291-661, Garanhuns-PE. Declaro para os devidos fins que não tenho como arcar com às custas de uma demanda judicial, em acordo com o Art. 98, §1º do Novo Código de Processo Civil, sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Garanhuns, 20 de setembro de 2018

  
**Gustavo Henrique de Almeida Silva**

DI/RG 211.622.447.277 MEX/PE

Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:42  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434283000000037565353  
Número do documento: 18112012434283000000037565353

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

703.450.454-75

Nome

GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA

Nascimento

02/10/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





## RECIBO DO PAGADOR

Beneficiário: UNIODONTO GARANHUNS

CNPJ: 01.501.597/0001-10

Nome do Pagador: 06104010500562300 - GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA  
Endereço: R. MANOEL DE AQUINO VASCONCELOS 16  
Município: GARANHUNS

CPF: 70345045475

Bairro: FRANCISCO SIMAO DOS SANTOS

Estado: PE

CEP: 55291661

Informações (Todas as informações deste bloco são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário):

Operadora ANS - N° 34233-5

## Referente a(s) Mensalidade(s):

| Nosso Número | Vencimento | Valor Mensalidade |
|--------------|------------|-------------------|
| 1415588      | 26/02/2018 | R\$ 40,00         |
| 1406548      | 30/01/2018 | R\$ 40,00         |

NO CASO DE ATRASO, COBRAR 2,00% DE MULTA + JUROS DE MORA DE 1,00% DO MÊS SOBRE O VALOR PRINCIPAL.

|  |            |  |
|--|------------|--|
|  | 748-X      | 74893.11824 84972.322063 01007.041021 8 74640000008234 |
| Beneficiário:                            |            | Agência / Código Beneficiário: CNPJ                    |
| UNIODONTO GARANHUNS - 01.501.597/0001-10 |            | 2206.01.00704 01.501.597/0001-10                       |
| N. do Documento                          | Vencimento | Nosso Número Valor do Documento                        |
| 18/284972-3                              | 15/03/2018 | 18/284972-3 R\$ 82,34                                  |
| Autenticação Mecânica                    |            |  |

|   |                 |  |            |                       |                              |
|---|-----------------|--|------------|-----------------------|------------------------------|
|   | 748-X           | 74893.11824 84972.322063 01007.041021 8 74640000008234 |            |                       |                              |
| Local de Pagamento  |                 | Vencimento   |            |                       |                              |
| ATÉ O VENCIMENTO PÁGÁVEL EM QUALQUER BANCO  |                 | 15/03/2018   |            |                       |                              |
| Beneficiário:   |                 | Agência/Código do Cedente                              |            |                       |                              |
| UNIODONTO GARANHUNS - 01.501.597/0001-10  |                 | 2206.01.00704  |            |                       |                              |
| Data do Documento   | N. do Documento | Espécie de Doc   | Aceite     | Data do Processamento |                              |
| 14/03/2018  | 18/284972-3     | DM   | N          | 14/03/2018            | Nosso Número 18/284972-3     |
| Uso do Banco  | Carteira        | Espécie Moeda  | Quantidade | Valor                 | Valor do Documento R\$ 82,34 |
|   | 1               | R\$  |            |                       | (-) Desconto/Abatimento      |
| Informações (Todas as informações deste bloco são de exclusiva responsabilidade do Beneficiário): |                 |  |            |                       |                              |
| NO CASO DE ATRASO, COBRAR 2,00% DE MULTA + JUROS DE MORA DE 1,00% DO MÊS SOBRE O VALOR PRINCIPAL. |                 |  |            |                       |                              |
| (+) Outras Deduções   |                 |  |            |                       |                              |
| (+) Mora/Multa  |                 |  |            |                       |                              |
| (=) Valor Cobrado   |                 |  |            |                       |                              |

Nome do Pagador: 06104010500562300 - GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA  
Endereço: R. MANOEL DE AQUINO VASCONCELOS 16  
Município: GARANHUNS Estado: PE  
Sacador/Avalista

CPF: 70345045475

Bairro: FRANCISCO SIMAO DOS SANTOS

CEP: 55291661

FICHA DE COMPENSAÇÃO / AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





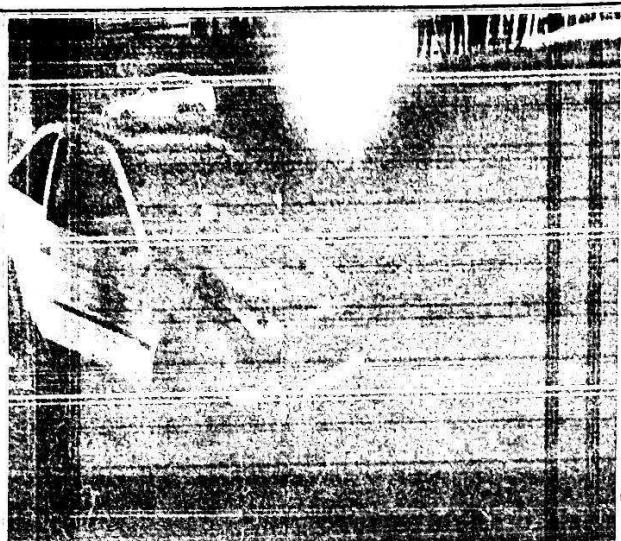
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:**

83529416  
C2082568  
Aberta

**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:**

| <b>RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS</b> |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>Veículo:</b> V1   | <b>Placa:</b> MUR-5767        |
| <b>Nome do Agente/Assinatura:</b> ADERVAL MONTEIRO MARQUES JUNIOR  | <b>Nº BOAT:</b> 83529416      |
| <b>Registro/Matricula do Agente:</b> 1461077   | <b>Data:</b> 31/12/2016 19:00 |



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

**JUSTIFICATIVA**

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

**NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**MATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:**

01/2017 11:10:51

**NÚMERO DE CONTROLE:**

98c307dfb8fa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 8



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:43  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434312200000037565550>  
Número do documento: 18112012434312200000037565550

Num. 38108059 - Pág. 1

2568  
10415

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83529416  
Comunicação: C2082568  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

|  |  |   |          |
|--|--|---|----------|
| PRF: 1461077 - ADERVAL MONTEIRO MARQUES JUNIOR | Data/Hora do Acidente (hora local): 31/12/2016 19:00 | BR: 423                                 | KM: 95,5 |
| Município/UF: GARANHUNS/PE                     | Tipo de Acidente: Colisão frontal                    | Sentido da Via: Crescente               |          |
| Fase do dia: Plena noite                       | Condições da Pista: Seca                             | Restrições de Visibilidade: Inexistente |          |
| Sinalização existente: Vertical, Horizontal    | Sinalização luminosa: Inexistente                    | Condição meteorológica: Ceu Claro       |          |
| Houve danos ao patrimônio da União?            | Não  | Data e horário da solicitação:          |          |
| Houve solicitação de perícia?                  | Não  | Data e horário do:                      |          |
| A perícia compareceu ao local do sinistro?     | Não  |   |          |

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Regular Há desnível? Sim É pavimentado? Sim Largura (m): 2,5

Possui defensa? Possui meio-fio? Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação: Estado de Conservação do Obstáculo:

Obstáculo ao Cruzamento: Não informado

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre

Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Regular Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Traçado: Reta Curva Vertical: Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 09/01/2017 11:10:51  
NÚMERO DE CONTROLE: e7d98c307dfb8fa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 8



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:43  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434325000000037565578>  
Número do documento: 18112012434325000000037565578

Num. 38108087 - Pág. 1

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83529418  
**Comunicação:** C2082568  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Aberta

VEÍCULOS  
 Placa: [MIR-5]  
 Marca/Modelo

CROQUI



Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

| VEÍCULO | P1    | DISTÂNCIA P1-A (m) | DISTÂNCIA P1-B (m) | P2    | DISTÂNCIA P2-A (m) | DISTÂNCIA P2-B (m) |
|---------|-------|--------------------|--------------------|-------|--------------------|--------------------|
| _____   | _____ | _____              | _____              | _____ | _____              | _____              |

**Narrativa da Ocorrência:**

O LOCAL ESTAVA DESFEITO NÃO SENDO POSSÍVEL NARRAR A DINÂMICA DO ACIDENTE.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

ATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 09/01/2017 11:10:51  
 ÚMERO DE CONTROLE: e7d98c307dfb8fa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 8



20529416  
68

**Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83529416  
**Comunicação:** C2082568  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Aberta

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

|  |                |                         |                           |                          |
|--|----------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Placa: MUR-5767                                  | Sequencial: V1 | Descrição: FORD /ESCORT | Chassi: 9BFZZZ54ZRB515028 | Renavam: 00205130978     |
| Marca/Modelo:                                    | Cor: BRANCA    | Ano: 1994               | Tipo: Automóvel           | Emplacamento: RECIFE/PF  |
| Ocupantes: 1                                     | Especie:       | Categoria:              |                           |                          |
| Proprietário: CARLOS ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA |                |                         |                           | CPF/CNPJ: 497.813.084-00 |
| Endereço:  |                |                         |                           | CEP: -                   |
| Município/UF:                                    |                |                         |                           | Telefones:               |
| Celular:   |                |                         |                           |                          |

**COMBINAÇÃO DÉ VEÍCULO DE CARGA**

|                |                 |           |           |
|----------------|-----------------|-----------|-----------|
| Placa U1:      | Placa U2:       | Placa U3: | Placa U4: |
| Origem: BRASIL | Destino: BRASIL |           |           |

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

|   |                                     |                 |                |                 |
|---|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Manobra do Veículo no Acidente: Segui fluxo | Saída de Pista? Não                 | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não |
| Colisão com Objeto Fixo: Não Houve          |                                     |                 |                |                 |
| Marcas de Frenagem (m): 0,0                 | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não   |                |                 |
| Descrição do Recolhimento:                  |                                     |                 |                |                 |

**PADOS DA CARGA**

|                       |                                  |                     |                 |
|-----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------|
| Carregamento: Vazio   | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Moeda: Real-R\$ |
| Valor Total da Carga: | R\$0,00                          | Produto Perigoso:   |                 |
| Descrição da Carga:   |                                  |                     |                 |

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

|                   |                                     |         |
|-------------------|-------------------------------------|---------|
| Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |
|-------------------|-------------------------------------|---------|

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF:

Descrição do Encaminhamento:

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

|   |                |                    |                           |                            |
|---|----------------|--------------------|---------------------------|----------------------------|
| Placa: KJH-6908                                       | Sequencial: V2 | Descrição: SUZUKI/ | Chassi: 9CDNF41LJ8M225924 | Renavam: 00976025736       |
| Marca/Modelo:   | Cor: PRATA     | Ano: 2008          | Tipo: Motocicletas        | Emplacamento: GARANHUNS/PE |
| Ocupantes: 1  | Especie:       | Categoria:         |                           |                            |
| Proprietário: CHARLES JANDSON BELARMINO DO NASCIMENTO |                |                    |                           | CPF/CNPJ: 080.842.164-65   |
| Endereço:   |                |                    |                           | CEP: -                     |
| Município/UF:   |                |                    |                           | Telefones:                 |
| Celular:  |                |                    |                           |                            |

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

|                |                 |           |           |
|----------------|-----------------|-----------|-----------|
| Placa U1:      | Placa U2:       | Placa U3: | Placa U4: |
| Origem: BRASIL | Destino: BRASIL |           |           |

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

|   |                                     |                 |                |                 |
|---|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Manobra do Veículo no Acidente: Segui fluxo | Saída de Pista? Não                 | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não |
| Colisão com Objeto Fixo: Não Houve          |                                     |                 |                |                 |
| Marcas de Frenagem (m): 0,0                 | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não   |                |                 |
| Descrição do Recolhimento:                  |                                     |                 |                |                 |

**ABOS DA CARGA**

|                       |                                  |                     |                 |
|-----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------|
| arregamento: Vazio    | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Moeda: Real-R\$ |
| Valor Total da Carga: | R\$0,00                          | Produto Perigoso:   |                 |
| Descrição da Carga:   |                                  |                     |                 |

**ENCAMINHAMENTO DO VETCULO**

|                   |                                     |         |
|-------------------|-------------------------------------|---------|
| Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |
|-------------------|-------------------------------------|---------|

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF:

Descrição do Encaminhamento:

**RIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>**

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: | 09/01/2017 11:10:51 |
| ITEMERO DE CONTROLE:    | e7d98c307dfb8fa1    |

mente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRENCIA: 83529416  
Comunicação: C2082568  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

moç

NO  
TV  
a

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/MUR-5767 FORD /ESCORT

Nome/Apelido: NÃO IDENTIFICADO

Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Município/UF: Telefones: Celular:

Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor:

Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:

Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/KJH-6906 SUZUKI

Nome/Apelido: GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA

Data de Nascimento: 02/10/1994 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado

Nome do Pai: CLAUDIO CESAR DE ALMEIDA SILVA

Nome da Mãe: ANA CLAUDIA DE ALMEIDA SILVA

Endereço: RUA PROFESSOR SALATIEL DE BARROS N 22

Município/UF: Telefones: Celular:

Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 703.450.454-75 Documento de Identificação: 8682516 Orgão Expedidor: SDS /PE

Origem: Destino:

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 06305419320/PE Primeira Habilitação: 20/02/2015

Validade CNH: 29/11/2019 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 09/01/2017 11:10:51

NÚMERO DE CONTROLE: c7d98c307dfb8fa1

Página 4 de 8

nte possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83529416  
**Comunicação:** C2082568  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Aberta

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS**

|  |                        |
|--|------------------------|
| Veículo: V2  | Placa: KJH-6906        |
| Nome do Agente/Assinatura: ADERVAL MONTEIRO MARQUES JUNIOR | Nº BOAT: 83529416      |
| Registro/Matrícula do Agente: 1461077                      | Data: 31/12/2016 19:00 |

| Item                               | Descrição - Componentes Não Estruturais   | Valor | Sim | Não | NA |
|------------------------------------|---|-------|-----|-----|----|
| 1                                  | Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.   | 2     | X   |     |    |
| 2                                  | Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc) | 2     | X   |     |    |
| 3                                  | Amortecedor(es) trás. (Inclusive fixação no chassi).  | 2     |     | X   |    |
| 4                                  | Motor e suas fixações.  | 2     |     | X   |    |
| 5                                  | Eixo do garfo traseiro  | 2     |     | X   |    |
| 6                                  | Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)  | 2     |     | X   |    |
| 7                                  | Eixo da roda dianteira/traseira.  | 2     | X   |     |    |
| 8                                  | Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)   | 2     | X   |     |    |
| 9                                  | Pedais de apoio do condutor e passageiro  | 1     | X   |     |    |
| 10                                 | Bagageiro traseiro deformado (se houver).   | 1     | X   |     |    |
| 11                                 | Alça traseira   | 1     |     | X   |    |
| 12                                 | Assento (fixação e firmeza)   | 1     | X   |     |    |
| 13                                 | Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.  | 2     | X   |     |    |
| 14                                 | Koda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)  | 2     | X   |     |    |
| Descrição- Componentes estruturais |   |       |     |     |    |
| A                                  | Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)  | 3     |     | X   |    |
| B                                  | Amortecedor(es) dianteiro(s)  | 3     | X   |     |    |
| C                                  | Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)   | 3     |     | X   |    |
| D                                  | Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)  | 3     | X   |     |    |

Suma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":

18

**CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO**

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

**Observações:**

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi poss

definir o dano (Não Avaliado)

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 09/01/2017 11:10:51  
**NÚMERO DE CONTROLE:** e7d98c307dfb8fa!

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83529416  
Comunicação: C2082568  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Aberta

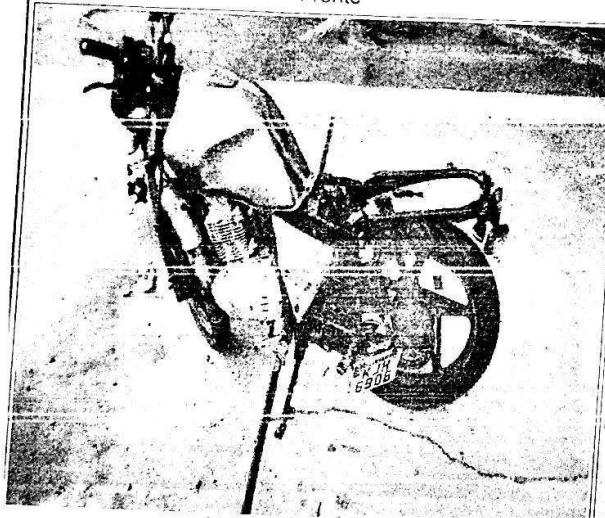
\* RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo: V2 Placa: KJH-6906  
Nome do Agente/Assinatura: ADERAL MONTEIRO MARQUES JUNIOR N° BOAT: 83529416  
Registro/Matricula do Agente: 1461077 Data: 31/12/2016 19:00

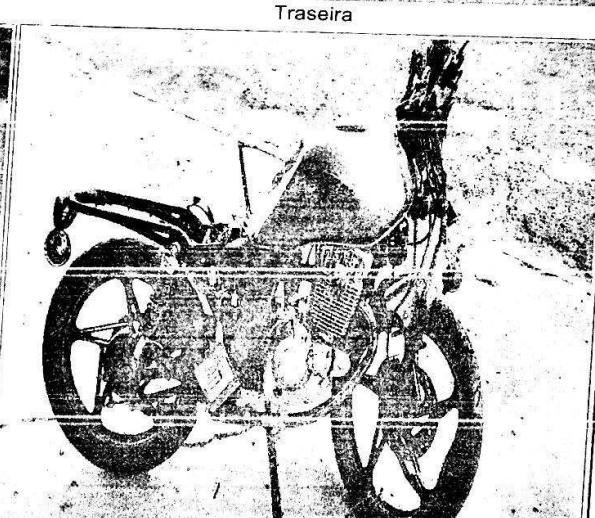


Frente

Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

ATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 09/01/2017 11:10:51  
NÚMERO DE CONTROLE: c7d98c307dfb6fa1

Página 8 de 8

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



File:///C:/Users/POLICIA CIVIL/infopol/xm/BOLETIMVIEW.html

19/10/2017

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 136ª CIRCUNSCRICAO - GARANHUNS - DP136ºCIRC  
DINTER1/16ºDESEG**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0225001750**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/10/2017 às 13:59

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa(s) (Consumado) que aconteceu no dia 31/12/2016 às 18:36**

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR-423, 1, KM 99,8 PROXIMIDADES DA GVEL - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

"MACACO" (AUTOR / AGENTE)

CHARLES JANDSON BELARMINO DO NASCIMENTO (OUTRO)

CARLOS ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA (OUTRO)

GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a); "MACACO"

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a); GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA

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

GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: ARA CLAUDIA DE ALMEIDA SILVA Data de Nascimento: 2/10/1898 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GARANHUNS, 16, RUA MANGEL DE AQUINO VASCONCELOS, 16, FRANCISCO FIGUEIRA, SENTIDO CASTAINHO - CEP: 5 - Bairro: BOA VISTA - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL

CHARLES JANDSON BELARMINO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

"MACACO" (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, BRASILIA - CEP: 0 - Bairro: MAGANO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL

CARLOS ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: RUA DESEMBARGADOR CAPISTRANO DE MORAIS E SILVA, 280 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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



19/10/2017

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

FORD ESCORT BRANCO DE PLACA MUR8767 (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): CARLOS ALEXANDRE FERREIRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): "MACACO"  
Categoria/Marca/Modelo: DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

SUZUKI YES PRATA DE PLACA KJH6906 RENAVAM 878020736 CHASSI 8CDNF41LJ8M228924 (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): CHARLES JANDSON BELARMINO DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

O SENHOR GUSTAVO HENRIQUE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA NOTICIANDO QUE FOI VITIMA EM UM ACIDENTE DE TRANSITO. AFIRMA QUE TRAFEGAVA NO LOCAL ACIMA CITADO BENTIDO CEAGA QUANDO, O VEICULO ESCORT CONDUCIDO PELA PESSOA QUE A VITIMA CONHECE PELA ALCUNHA DE "MACACO", ULTRAPASSOU UM CAMINHÃO NA CURVA E ATINGIU A MOTOCICLETA PILOTADA PELA VITIMA. AFIRMA QUE ESCORT ESTAVA COM OS FARÓIS APAGADOS. AFIRMA QUE O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL. AFIRMA QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS AO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA ONDE RECEBEU O PRIMEIRO ATENDIMENTO SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS. A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO IML PARA REALIZAÇÃO DE EXAME TRAUMATOLOGICO. O SENHOR GUSTAVO FOI CONVIDADO A COMPARECER NESTA DELEGACIA NO DIA 26/10/2017 A PARTIR DAS 08:30 HORAS PARA, QUERENDO, REPRESENTAR CONTRA A PESSOA DO ACUADO CIENTE DE QUE O NAO COMPARCIMENTO ACARRETARA O ARQUIVAMENTO DO PROCEDIMENTO, SEM PREJUIZO DE POSTERIOR REPRESENTAÇÃO.

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

*Gustavo Henrique de Almeida*  
GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA  
SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Jose Ricardo da Cruz Valenca* - Matrícula: 3848108  
380759-9



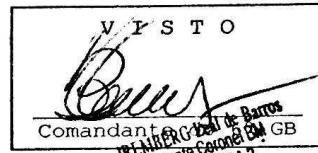


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**COInter/ 1 - DInter/ 1 - 6º Grupamento de Bombeiros**

**Garanhuns-PE, 11 de janeiro de 2017**

*Heitor Martins* Heitor Martins  
CPOC/BM Mat. 970.988-0  
HEITOR MARTINS - CPOC/BM  
Comandante da 1<sup>a</sup> SB



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 0003/17 - 6º GB**

O Comandante da 1<sup>a</sup> SB, do 6º Grupamento de Bombeiros, do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação da Sra Ana Claudia de Almeida, RG 6.576057 SDS/PE, CPF 519.995.984-49, residente e domiciliada na Rua Manoel Aquino de Vasconcelos, 16, Francisco Figueira, Garanhuns - PE certifica que, foi deslocada a viatura AR 664, da 1<sup>a</sup>SB/6ºGB Garanhuns, aproximadamente às 18h35min, do dia 31 de dezembro 2016, para atender a uma ocorrência de acidente de trânsito, colisão, ocorrido na BR 423 Dom Thiago Postma S/N, Garanhuns PE, envolvendo uma motocicleta de marca e modelo JTA/SUZUKI 125 YES de cor prata e placa KJH 6906 - PE e o veículo de marca e modelo FORD/ESCORT de cor branca e placa MUR 5767 - PE. A vítima, Sr Gustavo Henrique de Almeida Silva, apresentava fratura aberta nos membros inferiores direito e esquerdo, ferimento na face e escoriações no dorso, tórax membros superiores direito e esquerdo devido ao acidente.

A mesma foi conduzida ao Hospital Regional Dom Moura, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como responsável o Dr. Rômulo - prontuário n° 607436.

A presente Certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante da 1<sup>a</sup> Seção de Bombeiros (1<sup>a</sup>SB) e pelo Comandante da Unidade. 2º Sgt BM Mat. 29044-0 Antonio José da silva - Auxiliar da 1<sup>a</sup>SB,

6º GRUPAMENTO DE BOMBEIROS  
Rua Pedro Rocha, nº 131, Heliópolis  
Garanhuns - PE CEP 55295-470  
Fone: (87) 3761 8268/8270

CNPJ: 00.358.773/0012-05

email: [6gb@bombeiros.pe.gov.br](mailto:6gb@bombeiros.pe.gov.br)





## RELATÓRIO CIRÚRGICO

|   |                              |
|---|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA<br>CLÍNICA ORTOPÉDICA | NUMERO DO REGISTRO<br>112647 |
|---|------------------------------|

CIRURGIÃO  
RONALDO EVANGELISTA

ANESTESIA  
RAQUIDIANA

ANESTESISTA  
DRA. PRISCILA

DATA DA OPERAÇÃO  
13/01/2017

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO  
FRATURA DO FEMUR ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO  
FRATURA DO FEMUR ESQUERDO

OPERAÇÃO PROPOSTA  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FEMUR ESQUERDO

OPERAÇÃO REALIZADA  
A PROPOSTA

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO
2. INCISÃO NA FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO PARA ACESSO AO FEMUR DISTAL.
3. COLOCACAO DE INICIADOR PELOS CONDILOS
4. PASSAGEM DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
5. COLOCACAO DE HASTE BLOQUEADA RETROGRADA 10X38 + 03 PARAFUSO DE BLOQUEIO + COLOCACAO DE PARAFUSO TAMPÃO
6. FECHAMENTO POR PLANOS
7. CURATIVO

Dr Ronaldo Evangelista  
Ortopedista  
CRM B764

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE B105P  
Hospital Jesus Pequenino

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE 4.471

| RELATÓRIO CIRÚRGICO   |                    |
|---|--------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA<br>CLÍNICA ORTOPÉDICA   | NÚMERO DO REGISTRO |
| CIRURGIA<br>JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA  | DR GILENO ARRUDA   |
| ANESTESIA<br>RAQUI ANESTESIA  |                    |
| DATA DA OPERAÇÃO<br>10/01/2017  |                    |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br>FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO   |                    |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO<br>O MESMO   |                    |
| OPERAÇÃO PROPOSTA<br>FIXAÇÃO  |                    |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br>A MESMA   |                    |
| DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO   |                    |
| CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE<br>INCISÃO LATERAL A NIVEL DE TERÇO MÉDIO DE COXA POR PLANOS.<br>REDUÇÃO COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 01 HASTE FEMURAL 11X40 + PARAFUSO DE BLOQUEIO PROXIMAL DE N. 40 + 02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAL DE N. 35 E 45 + PARAFUSO TAMPÃO. |                    |
| LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA COM SORO FISIOLÓGICO<br>HEMOSTASIA E DRENO DE SUCCÃO 4.8   |                    |
| FECHAMENTO POR PLANOS   |                    |
| CURATIVO  |                    |

João Marilton  
Traumato Ortopedia  
CRM 5880

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE OB PSI / 17  
Hospital Jesus Pequenino

ana amaral  
Assessora Social  
CRESS/PE 4.471

**Salomão Sales Couto.**  
Médico, Eleitor e  
SONHADOR, sempre.



## ELETRONEUROMIOGRAFIA

---

Nome: Gustavo Henrique de Almeida Silva  
Idade: 20 anos  
Solicitação: Dr. Claudio Falcão  
Data: 13/04/2017

---

***Exame realizado no Membro Inferior Esquerdo***

- *A medida da Velocidade da Condução Sensitiva, não foi obtida em nervo Sural Esquerdo*
- *A medida da Velocidade da Condução Motora não foi obtida em nervo Tibial Anterior Esquerdo/ Fibular Esquerdo.*
- *O Reflexo !H! não foi obtido em nervos examinados.*
- *O Eletromiograma (EMG) com agulha monopolar mostra potenciais de Desinervação em Atividade em músculos Tibial Anterior / Gastrocnemio/ Extensor curto Dedos Esquerdos.*

**CONCLUSÃO:**

= **MONONEUROPATHIA ISQUIÁTICO ESQUERDO (Axonal), a nível da Coxa.**

CRM/PE 3182  
CIC 001.066.904-34

Salomão Sales Couto  
CREMEPE: 3182  
CIC: 001066904-34

Rua Conselheiro Portela, nº 509 – Espinheiro – Recife – PE – CEP 52020-030  
Fone: (81) 3222 2429 Fax: (81) 3242 2753 Cel: (81) 9948 2823  
Email: consultoriomedicosalomaosal@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:44  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434438600000037565829>  
Número do documento: 18112012434438600000037565829

Num. 38108343 - Pág. 1

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial

*Raios X no Tórax e Abdômen*

Exames Solicitados:

| Resultado dos Exames:   | Cód. Procedimento                |
|---|----------------------------------|
| Tratamento/Procedimento:<br><i>Sfo 07/99 - Encouraçado</i><br><i>X 2 = 3 = 4 =</i>                | <i>Ass. Médico + Carimbo</i>     |
| Indicação Cirúrgica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: | <i>Ass. Enfermeira + Carimbo</i> |

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado  Melhorado

Inalterado  Piorado

Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / / Hora:

**Termo de Responsabilidade para Internamento**

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

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

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

Data:

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE  
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Pernambuco

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

### FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

| CLASSIFICAÇÃO: | VERMELHO | AMARELO | VERDE | AZUL |
|----------------|----------|---------|-------|------|
|----------------|----------|---------|-------|------|

Nome: Gustavo Henrique de Almeida Silveira Idade: 20  
Situação/Queixa: Acidente trânsito/ciclistico (colisão com carro) na - Inabilitação das 02 pernas Du E possivel. Fraturou.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### PROCEDÊNCIA

| RESIDÊNCIA             | VIA PÚBLICA | TRABALHO | UNIDADE DE SAÚDE: | Largo de Bonfim,<br>garanhuns. |
|------------------------|-------------|----------|-------------------|--------------------------------|
| Doenças Preexistentes: |             |          |                   |                                |
| Medicações em uso:     | mege        |          |                   |                                |
| INTOLERÂNCIA/ALERGIAS  |             |          |                   |                                |

#### PARÂMETROS

|              |       |    |    |           |      |       |          |
|--------------|-------|----|----|-----------|------|-------|----------|
| PA: 130 x 50 | P: 82 | R: | T: | SpO2: 95% | HGT: | Peso: | Glasgow: |
|--------------|-------|----|----|-----------|------|-------|----------|

#### RÉGUA DE DOR

| LEVE | MODERADA | GRAVE |
|------|----------|-------|
|------|----------|-------|

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  NÃO

|  |   |              |                           |   |
|--|---|--------------|---------------------------|---|
| Consciente <input checked="" type="checkbox"/> | Orientado <input checked="" type="checkbox"/> | Desorientado | Ansioso                   | Calmo <input checked="" type="checkbox"/> |
| Agitado  | Torporoso                                     | Comatoso     | Não atende voz de comando |   |

|                        |                     |                     |             |
|------------------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Ritmo Sinusal          | Palpitações         | Taquicardia         | Bradicardia |
| Dispneias aos esforços | Dispneia de repouso | Dispneia de noturna | Cianose     |
| Palidez                | Sudoreste           |                     |             |

#### DOR TORÁXICA

| INTENSA | MODERADA | LEVE |
|---------|----------|------|
|---------|----------|------|

Duração da dor:

Localização:



#### IRRADIÇÃO DA DOR

|         |         |          |           |                 |         |
|---------|---------|----------|-----------|-----------------|---------|
| Braço E | Braço D | Escápula | Mandíbula | Tórax posterior | Abdômen |
|---------|---------|----------|-----------|-----------------|---------|

#### DOR PRESENTE

| EM REPOUSO | AOS ESFORÇOS | QUANDO RESPIRA |
|------------|--------------|----------------|
|------------|--------------|----------------|

Fluxograma: Anterossuperior

Wyll Alves de Macena  
ENFERMEIRO  
COREN-PE 384.101

Data: 31 / 12 / 16.

Assinatura/Carimbo





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA  
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE  
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

### FICHA DE ATENDIMENTO

|                              |  |  |                                       |
|------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Número do Registro<br>607436 | Data e Hora do Atendimento<br>31/12/2016 às 19:03:41 | Procedimento Local: Prontuário Integrado | Local de Entrada<br>CLINICA CIRURGICA |
|------------------------------|--|--|---------------------------------------|

#### Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000091597 - GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA  
CNS: 898002923588667 Nascimento: 02/10/1996 Idade: 20 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: RECIFE -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 8682516 Filiação:  
Pai: CLAUDIO CESAR DE ALMEIDA SILVA  
Mãe: ANA CLAUDIA DE ALMEIDA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): RUA PROFESSOR SALATIEL DE BARROS, Nº. 22 Complemento:

Bairro: CENTRO Cidade: Garanhuns UF: PE Telefone:

Acompanhante: BOMBEIRO DE GARANHUNS

Ocorrência: Dr. Marcondes  
Acidente de trabalho: Sim  Não

Procedência: CENTRO Meio de Transporte:

Atendimento Médico: Dr. Marcondes  
CRM: 1

Data: / / Hora: Medico: CRM:

Queda Principal:

HDA: Paciente vítima de colisão

Acidente moto e automóvel

corre por nas esq/ dir e t

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| História do Trauma:  |  |  |  |
| Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>               | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>           | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>               | Tipo:  |  |  |
| Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                            | Tipo: Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>                     |  |  |
| Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                      | Local do Impacto:  |  |  |
| Vítima de Ferimento: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                | Tipo: Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura: |  |  |
| Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                         | Por: Transporte realizado por:   |  |  |
| Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |  |
| Por que:   |  |  |  |

|               |  |   |           |
|---------------|--|---|-----------|
| Exame físico: |  |   |           |
| A: Geral      | Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | Temp.: °C |

|                 |                    |               |   |
|-----------------|--------------------|---------------|---|
| B: Respiratório |                    |               |   |
| C: Circulatório | PA: 130 x 90 mm Hg | Pulso: 82 bpm | GARANHUNS<br>HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA<br>REGIÃO DE SAÚDE<br>CARANHUNS - PE |

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| D: Exame Neurológico                  | Deficiência motorá: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular<br>Hora: 10h | Glasgow: Resposta Verbal<br>Escore: 10  | Glasgow: Resposta Motora<br>Escore: 10   |



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_04 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA\_02

|                |  |       |            |       |       |               |                     |
|----------------|--|-------|------------|-------|-------|---------------|---------------------|
| Atendimento:   | 449851                                   | Data: | 04/01/2017 | Hora: | 17:11 | Recepç.:      | NAYALLI             |
| Convênio:      | SES- ORTOPEDIA                           |       |            |       |       | Matrícula:    | 700003410124106     |
| Responsável:   |  |       |            |       |       | Identidade:   |                     |
| Médico:        | DR. JOSE MARCOS VIEIRA DE A. FILHO       |       |            |       |       | Cartão SUS:   | 700003410124106     |
| Paciente:      | 112847 GUSTAVO HENRIQUE DE ALMEIDA SILVA |       |            |       |       | Sexo:         | MASCULINO           |
| Nascimento:    | 02/10/1996 - 20 Anos e 3 Meses           |       |            |       |       | Est. Civil:   |                     |
| Endereço:      | RUA MANOEL AQUINO DE VASCONCELOS, 16     |       |            |       |       | C.P.F.        | 70345045475         |
| Bairro:        | FRANCISCO FIGUEIRA                       | CEP:  |            |       |       | Identidade:   | 211622447277 SSP PE |
| IBGE/Cidade:   | 2606002 GARANHUNS                        | UF:   | PE         |       |       | Telefone:     | 8799658171          |
| Pai:           | CLAUDIO CESAR DE ALMEIDA SILVA           |       |            |       |       | G.Instrução:  |                     |
| Mãe:           | ANA CLAUDIA DE ALMEIDA SILVA             |       |            |       |       | Ocupação:     |                     |
| Nacionalidade: | BRASIL                                   |       |            |       |       | Naturalidade: |                     |

Obs.: SENHA ORTOP. 280243

Queixa do Paciente:

*V.Juro de que nasci com muita dor no joelho direito*

H.D.A.:

Exame Físico:

*H.º Fratura bilateral do fêmur*

Tratamento: *Intranferimento*

Bezerros, 04 de janeiro de 2017

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 03/01/17  
Hospital Jesus Pequenino

*Ana Alomar*  
Assessora Social  
CRESS/PE 4.471

Assinatura e Carimbo do Médico

*Dr. José Marcos Vieira de A. Filho*

# **CONDUTA DE ENFERMAGEM**

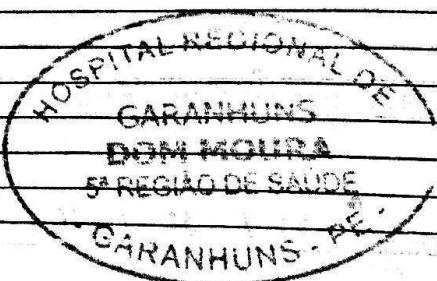
# **CONDUTA DE ENFERMAGEM - MANEJO INICIAL - SAE**

## **TRANSCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - MANEJO INICIAL - SAE**

## **HORÁRIO**

Assinatura/Carimbo

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



John S. Wilson

#### Assinatura/Signature



**HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO**

Larissa Melo

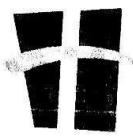
Gustavo Henrique de Oliveira  
Silva, 20 Anos. Submetido a trat-  
amento cirúrgico posterior dia 08/01/2011  
data em 10 de Janeiro de 2011  
C10 - 3 - 72.3 - Língua P2 Cauda  
e Verte Spondilese Lateral  
ao norte. 2108111 - procedimento  
conservador. Até Considerando  
o fato.

21/08/11

João Marilton V. Costa  
Traumato - Ortopedia  
CRM - 383

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099





HOSPITAL  
**JESUS PEQUENINO**

LADO MÉDIO

O paciente porta no  
lengüete de Almeida Scler  
operado de fístulas da cicatriz  
de ferma E, encontra-se em  
alta definição, obte am-  
pla fixa.

27/11/18  
Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

Dr. Ronald Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764  
3704





Bárbara Muçar

anexo de advice

Ar Fruto Cole

R A S

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:45  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434504300000037565884>  
Número do documento: 18112012434504300000037565884

Num. 38108400 - Pág. 2

|  |                        |   |                                |  |   |  |  |
|--|------------------------|---|--------------------------------|--|---|--|--|
| <b>SUS</b>   | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde   | Secretaria de Saúde Pernambuco |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |  |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL JESUS PEQUENINO</b>   |                        |   |                                | 2 - CNES<br>2344254  |   | 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE |  |
|  |                        |   |                                | 4 - CNES   |   |  |  |
| Identificação do Paciente  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>70000034501241106  |                        | 6 - SIS PRENATAL  |                                | 7 - SENHA / REGULAGEM<br>850243  |   | 8 - N° DO PRONTUÁRIO<br>112647         |  |
| 9 - NOME DO PACIENTE<br>Gustavo Henrique de Almeida Silva  |                        | 10 - DATA DE NASCIMENTO<br>2/10/96  |                                | 11 - SEXO<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>                 |   |  |  |
| 12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br>Cma. Claudia de Almeida Silva   |                        | 13 - TELEFONE DE CONTATO  |                                | 14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)<br>Rua Manoel Aquino de Vasconcelos, 16                                |   | 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>Jacaré |  |
| 16 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>PE   |                        | 17 - UF<br>PE   |                                | 18 - CEP   |   |  |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| <p>Paciente - vítima do acidente de moto com dor no esterno e amolecimento das costas.</p> <p>Rx: Fratura bilateral do fêmur</p>   |                        |   |                                |  |   |  |  |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| <p>21 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br/>Fratura bilateral do fêmur</p> <p>22 - CID 10 PRINCIPAL<br/>S - ? 2. 3</p> <p>23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</p> <p>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</p> <p>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> |                        |   |                                |  |   |  |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Internamento  |                        | 27 - COD. DO PROCEDIMENTO<br>0308053535   |                                | 28 - CLÍNICA<br>Onzeiros   |   | 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>Urgente  |  |
| 30 - DOCUMENTO<br>( ) CNS  |                        | 31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>07357351450 |                                | 32 - N° E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>Dr. José Vieira<br>CNPJ: 26041                        |   | 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>04/03/17   |  |
| 34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)<br>Raymundo Francisco de Souza  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)   |                        |   |                                |  |   |  |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  |                        | 36 - CNPJ DA SEGURADORA   |                                | 39 - N° DO BILHETE   |   | 40 - SÉRIE                             |  |
| 36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO   |                        | 41 - CNPJ DA EMPRESA  |                                | 42 - CNAE DA EMPRESA   |   | 43 - CBOR                              |  |
| 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO  |                        |   |                                |  |   |  |  |
| 44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR  |                        | ( ) AUTÔNOMO  |                                | ( ) DESEMPREGADO   |   | ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURO       |  |
| 45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO   |                        |   |                                | 46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR  |   |  |  |
| 47 - DOCUMENTO<br>( ) CNS    ( ) CPF   |                        | 48 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                        |                                | 51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)  |   |  |  |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO   |                        | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                            |                                | Prefeitura Municipal de Bezerros<br>Secretaria de Saúde<br>NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL<br>261710518981-0 |   |  |  |



23/10/17  
11:54



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

LAUDO TRAUMATOLÓGICO - N°. 537 / 2017 - Garanhuns  
REQUISITADO POR: DP da 135º Circ - Garanhuns/PE. Ofício n°. 641/2017 Data: 20 de  
Outubro de 2017.

ENCAMINHAR PARA: DP da 135º Circ - Garanhuns/PE.

O Médico Legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Gestor do Instituto Médico Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinado às 11:15 horas do dia 23 de Outubro de 2017, na Seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de: Gustavo Henrique de Almeida Silva, filho(a) de Claudio Cesar de Almeida Silva e Ana Claudia de Almeida Silva de cor parda, sexo masculino, cabelos pretos, barba \*\*\*, estado civil solteiro, aparentando a idade de 21 anos, peso \* Kg, com \* cm de estatura, residente à Rua Aquino de Vasconcelos nº 16, bairro Francisco dos Santos Figueira, município Garanhuns, Estado PE, natural de Recife / PE, nacionalidade Brasileira, documento apresentado RG N° 211622447277/MEX/PE, profissão estudante; vestes \*\*\*, sinais particulares \*\*\*, local da ocorrência \*\*\*, verifica o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

- 1º Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado? SIM .  
2º Qual o instrumento ou o meio que a ocasionou? INSTRUMENTO CONTUNDENTE .  
3º Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar) INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUais POR MAIS DE 30 (TRINTA) DIAS E DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO .  
4º Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar) DEFORMIDADE PERMANENTE DECORRENTE DAS CICATRIZES E ATROFIA MUSCULAR DOS MEMBROS INFERIORES .

\*\*\* HISTÓRICO – Refere que sofreu acidente de moto (condutor) colisão com veículo no dia 31/12/16, sendo socorrido no Hospital Dom Moura - HDM e após 03(três) dias foi transferido para o Hospital Jesus Pequenino - HJP. Trouxe cópia de ficha de atendimento do HDM assinada por Dr. Marconi Rodrigues CRM 13010 que diz: "...607436 ... 31/12/2016 às 19:03:41...fratura de fêmur D + E...". Cópia de relatório cirúrgico do HJP assinada por Dr.João Marliton CRM 5988 que diz: "...10/01/17...fratura diafisária de fêmur direito...fixação...". Cópia de relatório cirúrgico do HJP assinado por Dr. Ronaldo Evangelista CRM 8764 que diz: "...13/01/17...fratura de fêmur esquerdo...tratamento cirúrgico...". Cópia de Laudo Médico de Dr. Ronaldo Evangelista do dia 24/08/17 informando que o paciente está de alta definitiva. Laudo Médico de Dr. João Marliton do dia 21/08/17 informando alta definitiva e CID S72.3. Laudo da Fisioterapia assinada por Manoel Freitas CREFITO 1240268-F alta em 11/10/17 CID S72.4. Laudo de eletroneuromiografia assinado por DR. Salomão Couto CRM3182 que diz: "...desinervação em atividade em músculos tibial anterior/ gastrocnêmico/ extensor curto dedos esquerdo...Mononeuropatia isquiático esquerdo (axonal), a nível da coxa. .

\*\*\* DESCRIÇÃO – Apresenta cicatrizes cirúrgicas em face lateral da coxa direita com 80mm, 10mm e 60mm, em coxa esquerda face lateral com 195mm e 30mm e face anterior do joelho esquerdo com 40mm. Déficit em marcha com claudicação. Atrofia da musculatura dos membros inferiores. Membro inferior esquerdo com edema e coloração avermelhada. Ausência de movimentos de flexão, extensão e lateralização do pé esquerdo .

Rua Marques do Pombal, nº 455, Santo Amaro – Recife-PE - CEP: 50.100-170.  
Fone: (81) 3301-7235 - FAX: (81) 3301-7237 Email: iml@sds.pe.gov.br

Assinado por:  
Dr. Gustavo Henrique de Almeida Silva  
Data: 23/10/17  
Assinatura: 137/164







Av. Agamenon  
Magalhães, s/n  
Recife-PE  
CEP 53110-710  
PABX: 416.1122  
(Ramal 1203)  
Fone/Fax: (081) 423.4568  
E-mail: prontoneuro@cashnet.com.br

Gustavo Henrique de Almeida  
Síndrome AFO

~~Monte~~ BENENWA 300 oral  
~~do~~ 01 exes  
dil.

22/05/17.

A handwritten signature in cursive ink, reading "Dr. Costa Neto".

Dr. Costa Neto  
EPAMINONDAS LIMA

- Prof. Manoel Caetano - Dr. Alfredo Costa - Dra. Feliciana Castelo Branco  
- Prof. Alex Caetano - Dr. Cláudio Lemig - Dra. Maria Paula Lima  
- Prof. José Albino - Dra. Rosa Virginia

Real Hospital Português  
DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO  
<http://www.rhp.com.br>





CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

Declaro que devido fato que  
O paciente Gustavo Henrique de  
Almeida Silveira, recebe alta médica  
presente data 21-10-17 ; por estar  
parcialmente vado podendo usar suas  
funcões; por este apresentar sequelas  
máteras definitivas.

CIB 572.4

Dr. Manoel Walz de Freitas  
Fisioterapeuta  
CREFITE C. 1240268-F

21-10-17

AV. THOMPSON, 88 – HELIÓPOLIS – GARANHUNS – PE  
(87)3762-1991 - biofisio.fisio@gmail.com



CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradora de Seguros

 Atendimento Online

Elaine 17:51:30 hr Bem-vindo(a) ao atendimento da Seguradora Lider Administradora do Seguro DPVAT. Em que posso ajudar?

Elaine 17:52:28 hr Boa tarde, Sr. Gustavo

Gustavo Henrique de Almeida Silva 17:53:01 hr Gostaria de saber o por que quando fiz a consulta do andamento do meu processo de indenização aparece como cancelado?



CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradoras de Seguros

 Atendimento Online

Elaine 17:54:48 hr Informe o CPF e nome do beneficiário, por favor.  
Gustavo Henrique de Almeida Silva 17:55:28 hr cpf: 763.450.454-75 nome: Gustavo Henrique de almeida s  
Elaine 17:57:12 hr Aguarde um momento, enquanto cons  
Gustavo Henrique de 17:58:09 hr ok.



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434568300000037566461>  
Número do documento: 18112012434568300000037566461

Num. 38108991 - Pág. 1

CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradoras de Seguros

 Atendimento Online

Entre como:  Entrar | Sair

Elaine 18:02:11 hr  Estamos aguardando. Caso não haja nenhuma interação nos próximos 60 segundos, o atendimento será encerrado automaticamente.

Elaine 18:03:20 hr Chamou sua Atenção

Gustavo Henrique de 18:04:38 hr mesmo o recibo estando no meu nome, registrado no cartório por autentid



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434576100000037566470>  
Número do documento: 18112012434576100000037566470

Num. 38109000 - Pág. 1

CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradora de Seguros

 Atendimento Online

Elaine 18:08:55 hr m dia.  
Elaine Ou seja, seu vencimento foi em 16/03/2016 e o acidente em 31/12/2016.  
Elaine 18:09:10 hr O sr. estava com o pagamento irregular.  
Gustavo 18:10:54 hr é isso é justificativa para cancelar meu processo?  
Henrique de Almeida Silva 18:12:31 hr Sim, pois está de acordo com a Lei 6.194 de 1974 do seguro DPVAT.



CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradoras de Seguros

 Atendimento Online

Elaine 17:59:43 hr Obrigada por ter aguardado.  
O pagamento da indenização é feito para o vi-  
sta que não se justifica a cobertura pl-  
etada, face ser a vítima o proprietário  
o do veículo, para o qual a situação de  
pagamento da indenização DIPAT se caracte-  
riza como irregular.  
Estamos aguardando. Caso não haja n-  
enhuma interação nos próximos 60 se- ▾



CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradora de Seguros

 Atendimento Online

Gustavo Henrique de Almeida Silva 18:17:54 hr ok.  
Elaine 18:17:53 hr Posso ajudá-lo em algo mais?  
Elaine 18:19:20 hr A Seguradora Lider.DPVAT agradece o seu contato.  
Elaine 18:19:22 hr Boa Noite!

Entrar



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434598300000037566495>  
Número do documento: 18112012434598300000037566495

Num. 38109025 - Pág. 1

CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradora de Seguros

 Atendimento Online

Gustavo Henrique de Almeida Silva 18:14:49 hr no caso se eu regularizar o pagamento o vou ter direto a dar entrada no dívida novamente ?  
Elaine 18:15:17 hr Não.  
Gustavo Henrique de Almeida Silva 18:15:32 hr por que ?  
18:16:47 hr Como expliquei, o pagamento é necessário que esteja feito até o seu vencimento.



CHAT - Google Chrome

Seguro | <https://sisdpvatcrm.seguradoralider.com.br/ChatWEB/AbrirTrocaMensagens.do>

 Seguradora  
**LIDER**  
Administradora de Seguros

 Atendimento Online

**Elaine** > anto, do ano em exercício, para que es...▲  
Elaine 18:17:04 hr Referente a esse acidente não é possí  
Gustavo 18:17:04 hr teja coberto.  
Henrique de 18:17:54 hr Referente a esse acidente não é possí  
Almeida Silva 18:17:54 hr vel receber a indenização.  
Elaine 18:17:53 hr ok.  
Elaine 18:17:53 hr Posso ajudá-lo em algo mais?

Entrar



Assinado eletronicamente por: EPAMINONDAS MOABI LIMA OBEID - 20/11/2018 12:43:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112012434613100000037566506>  
Número do documento: 18112012434613100000037566506

Num. 38109036 - Pág. 1