

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura abrasão exposta de calcaneo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com mobilidade e força preservados do pé esquerdo, sem alteração da marcha, presença de cicatriz em calcâneo sem hipertrófia ou retração.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Geovane dos Santos Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.785.053, expedido por SAS/PE, em
16/06/2009, inscrito no CPF sob o nº 109.270.254-77, residente no
Sítio Areias, nº 5/N,
complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade
Bom Jardim, Estado PE,

2. Outorgado Geane da Silva Poutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SAS/PE, em
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na
Rua da Alegria, nº 317,
complemento casa, Bairro Centro, cidade
Limoerio, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão
desse processo nova e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do
FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Bom Jardim, 13 de agosto de 2018

Outorgante X Geovane dos Santos Silva

Cartório Sérgio Vasconcelos

Rua Onofre Lima, 12 - Centro
Sumaré/PE - Cep 59710-000
Tel (81) 3858-2446

Reconheço por Autenticidade a firma de GEOVANE DOS SANTOS SILVA, Bom Jardim, 13 de agosto de 2018. Em test^o
da verdade. JOSÉ CARLOS DA SILVA
BEZERRA, ESCRIVENTE AUTORIZADO Empl.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40
- TSN: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:
0077586.BM05201801.02187 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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-0159007/19

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

CPF: 109.270.254-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2018

GEOVANE DOS SANTOS
SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA : 109.270.254-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 3.

@10 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426787/18

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

CPF: 109.270.254-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA : 109.270.254-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura abrasão exposta de calcaneo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com mobilidade e força preservados do pé esquerdo, sem alteração da marcha, presença de cicatriz em calcâneo sem hipertrofia ou retração.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANE DOS SANTOS 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE DOS SANTOS 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DEPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou AF:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

109.270.254-77 Geronice dos Santos Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 405/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

(81)

Nome:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel.(DDD):

(81)

99938 8886

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

DADOS CADASTRAIS

Itenha RENDA?

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 1650

CONTA: 28.755

5.

(Informar o dígito se estiver)

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta assinatura 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: Um(a) Mais de um(a) Vítima deixou herdeiros (filhos): Sim Não Vítima deixou pais/avós/irmãos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declarativo não verdadeiro poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Assinatura digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Bon Jardim, 09/05/2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41 Assinatura

TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: _____

CPF: _____

13 MAI 2019

Assinatura

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PB

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

19/10/2018 - BANCO DO BRASIL S.A.
0165074471 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.00.13

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1650-8 CONTA: 28.755-5
CLIENTE: GEDVANE DOS SANTOS SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
28/09/2018		
Saido Anterior		0,01C
--- NAO HA LANCAMENTOS ---		

Saldo	0,01C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/11/2018
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/11/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

OBSERVACOES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



05.802.494/0001-01
TRACAO CORRETORA
DE SEGUIMENTO LTDA
13 MAI 2019
Rue da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002472**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2018 às 15:55**

Complemento o BO Número: **18E0206001332**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/6/2018 no periodo da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, 1, PERTO DA ENTRADA DA PISCINA DE DEDE - Bairro: UMARI - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GENILSON FILHO DE GENILDO (AUTOR / AGENTE)
 KATIA SOUZA DE ANDRADE (OUTRO)
 MICHELE MARTINS DA SILVA (OUTRO)
 GEOVANE DOS SANTOS SILVA (VITIMA)
 JOSE AMABEL BARBOSA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GENILSON FILHO DE GENILDO
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE AMABEL BARBOSA FILHO

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA Data de Nascimento: 30/1/1992 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 144, SITIO AROEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A FAZENDA DE ABELARDO

JOSE AMABEL BARBOSA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 10/6/1979 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1 - CEP: 6 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

GENILSON FILHO DE GENILDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

KATIA SOUZA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/2000 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MICHELE MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: ELZA MARTINS DE

ANDRADE SILVA Data de Nascimento: 11/4/1983 Naturalidade: CUBATAO / SAO PAULO / BRASIL

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA SOUZA DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILSON FILHO DE GENILDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELE MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLANTÃO O SENHOR JOSÉ INÁCIO DA SILVA, CONHECIDO POR GENILDO, PARA RELATAR QUE NA MADRUGADA DE HOJE, POR VOLTA DE 01:00H, SEU FILHO GEOVANE, QUE ESTAVA DE CARONA (GARUPA) NA MOTO CONDUZIDA PELO SENHOR JOSÉ AMÁVEL, SOFREU UMA COLISÃO NA PE-90 COM UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, CONDUZIDO PELO SENHOR GENILSON, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, VINDO O CARRO NO SENTIDO BOM JARDIM - SURUBIM, E A MOTO NO SENTIDO CONTRÁRIO, TANTO GEOVANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAM QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4613, UM FIAT BRANCO. AS DUAS VÍTIMAS FICARAM GRAVEMENTE FERIDAS E ESTÃO HOSPITALIZADAS. O SENHOR GEOVANE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO E LEVADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, SENDO DE LÁ ENCAMINHADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EM RECIFE. QUE JOSÉ AMÁVEL FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU DE BOM JARDIM E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, SENDO APÓS REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA

(VITIMA) *Geovane dos Santos Silva*

B.O. registrado por: **NATHÁLIA VASCONCELOS PASSOS** - Matrícula: 387488-5

05-B02-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

-13 MAI 2014

Rua da Aurora, nº 175, 5º BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0206001332

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/06/2018 às 18:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/6/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 1, PERTO DA ENTRADA DA PISCINA DE DEDE - Bairro: UMARI - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA (AUTOR / AGENTE)
 GEOVANE DOS SANTOS SILVA (VITIMA)
 JOSE AMAVEL BARBOSA (VITIMA)

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS ITÁA

13 MAI 2019

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA BOM JARDIM

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Rua da Aurora, nº 375, Sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

117ª CIRCUNSCRIÇÃO

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA Data de Nascimento: 30/1/1992 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 144, SÍTIO AROEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A FAZENDA DE ABELARDO

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

JOSE AMAVEL BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 10/6/1979 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTORISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA**
 Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

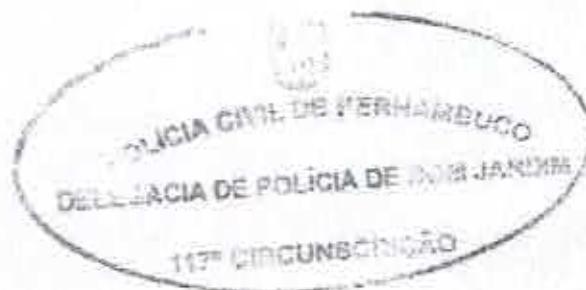
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLANTÃO O SENHOR JOSÉ INÁCIO DA SILVA, CONHECIDO POR GENILDO, PARA RELATAR QUE NA MADRUGADA DE HOJE, POR VOLTA DE 01:00H, SEU FILHO GEOVANE,

QUE ESTAVA DE CARONA NA MOTO DO SENHOR JOSÉ, FOI ATROPELADO NA PE-90 POR UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM. TANTO GEOVANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAN QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4813, UM FIAT BRANCO. AS DUAS VÍTIMAS FICARAM GRAVEMENTE FERIDAS E ESTÃO HOSPITALIZADAS.

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

B.O. registrado por: **NATHÁLIA VASCONCELOS PASSOS** - Matrícula: 387488-5



05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2012

Rua da Aurora, nº 125, Sl 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do círculo ou AEL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

109.270.254-77 Glevarne dos Santos Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA / BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 406/2012

Nome completo:

Profissão:

Rua/Rua:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 109.270.254-77
Número: 460 Complemento:

CEP: 55.730-000
Cidade: Coxim

TEL/DDD: (87) 99938 8886

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abertos. Assinale uma opção):

- Bradesco (237) Itaú (941)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Número do BANCO: **Brasileiro do Brasil**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

5.

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, em minha titularidade, o valor da indenização/recibinho do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noveenta) dias do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Município: Palmeira Vítima deixou herdeiros (veja abaixo)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga à, caso de óbito, a indenização do seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Bon Jardim - PE, 09/05/2019**

Nome:

LPR:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Glevarne dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

05.807.494/0001-11 Assinatura

TRACAO CORRETORA DE NEGOCIOS LTDA

2º | Nome: _____
CPF: _____

17 MAI 2019 Assinatura

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE Assinatura

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

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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 00056181-9

Nome: GEOFANE DOS SANTOS SILVA

Endereço: SITIO. ARGEIRA

Cidade: BOM JARDIM/PE

Documento:

Mãe: ROSELIA MARTA DOS SANTOS SILVA

Profissão:

Idade: 26 ANOS, 4 MESES E 25 DIAS

Data de nascimento: 30/01/1992

Sexo: M

Bairro:

NAC: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Responsável: JOÃO DOS SANTOS (IRMÃO)

Pai:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
24/06/2018 01:55	0223229	QUEDA DE MOTO (MOTO E CARRO)

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	TEMPERATURA	P脉	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

quadro de mto dor
fratura de perna esquerda

Tratamento

- Paracetamol 500 mg 8h

Dr. Parcelino Menezes
Médico
CREMEPE 23598

Geleira 8456 421

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado:

05.802.499/0001-1
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Removido:

13 Mai 2018

Óbito:

as ____ h ____ m do dia
as ____ h ____ m do dia

Rua da Aurora, nº 175, sl. 907 ap.
Rua Vista - CEP: 50.000-020
RECIFE-PE

CURATIVO

ADM MEDICAMENTO:

 BÁSICO ESP

NEBULIZAÇÃO

RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COHEN

Consultas / Atendimento Médico:

MÉDICO / CRM

 urgência básica urgência especializada observação básica observação especializada

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 24 de Junho de 2018 às 01:55

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Giovane dos Santos Silva

RG nº 8.785.053, data de expedição 16/06/2009 Órgão SBS - PE

CPF nº 109.270.254-77 venho perante a este instrumento declarar que não posso ser comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido na endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Groeiros</u>
Número	<u>460</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim - PE 09/05/2019.

Assinatura do Declarante: Giovane dos Santos Silva

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 Mai 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 RL C
Boa Vista - EEP 50.061.010
RECIFE - PE



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50020-000
CNPJ 10.326.200/0001-23 | Fone: Ed. 800243-63 | www.cepe.com.br

INTERCHAMBER SANTOS SA/VA

用於測定GAS濃度

卷之三 七五 1023 764-99 163 10548894180

ZONA RURAL, BOM JARDIM, MARANHÃO, BRASIL
BOM JARDIM PE
55730-000

BY PREDOMINANT
BASA READING COMMISSION

www.brownells.com

SP-CAIXA-ESTADO
BANCO-DE-PORTUGAL

DATES TO CHEK: 28/03/2019 **DATES FROM:** 03/04/2019

28/03/2019 09/04/2019

www.silene.com | 800.826.8000 | 310.265.1450

3571

卷之三十一
清江先生集

TOTAL PROPERTY 35.7

	QUANTIDADE	PREÇO R\$	VALOR R\$
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000000	0,1602510	5,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	10.000000	0,3204605	32,41
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	1.000000	0,4200027	9,41
Conselho Rum Pernod Mignon			6,20
Contribuição CERCAL - (021)3884-1038			7,00

Consumo Ativo até 30 MWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 MWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 MWh
Custo: Sum. Policia Municipal
Exibição na CERCA - (081) 3834-1038

WINTER 2005

三

# DO MOVIMENTO	TIPO DA MOVIMENTO	ANTERIOR	ATUAL	CONSTANTE	ALTERA	DONDE PÔR
		DATA 04-07-2015	DATA 07-07-2015	DATA 10-07-2015	DATA 10-07-2015	DATA 10-07-2015

RESUMO DE VENDAS		RESUMO DE COMPRA		RESUMO DE CUSTOS	
MAR19	121				
ABR19	124				
MAY19	123				
JUN19	125				
JUL19	127				
AGO19	122				
SETEMBRE	121				
OCT19	120				
NOV19	112				
DEZ19	97				
JAN20	96				
FEB20	95				
MAR20	92				
ABR20	91				
MAY20	90				
JUN20	91				
JUL20	92				
AUG20	93				
SETEMBRE	92				
OCT20	91				
NOV20	90				
DEZ20	91				
JAN21	92				
FEB21	93				
MAR21	94				
ABR21	95				
MAY21	96				
JUN21	97				
JUL21	98				
AUG21	99				
SETEMBRE	100				
OCT21	101				
NOV21	102				
DEZ21	103				
JAN22	104				
FEB22	105				
MAR22	106				
ABR22	107				
MAY22	108				
JUN22	109				
JUL22	110				
AUG22	111				
SETEMBRE	112				
OCT22	113				
NOV22	114				
DEZ22	115				
JAN23	116				
FEB23	117				
MAR23	118				
ABR23	119				
MAY23	120				
JUN23	121				
JUL23	122				
AUG23	123				
SETEMBRE	124				
OCT23	125				
NOV23	126				
DEZ23	127				
JAN24	128				
FEB24	129				
MAR24	130				
ABR24	131				
MAY24	132				
JUN24	133				
JUL24	134				
AUG24	135				
SETEMBRE	136				
OCT24	137				
NOV24	138				
DEZ24	139				
JAN25	140				
FEB25	141				
MAR25	142				
ABR25	143				
MAY25	144				
JUN25	145				
JUL25	146				
AUG25	147				
SETEMBRE	148				
OCT25	149				
NOV25	150				
DEZ25	151				
JAN26	152				
FEB26	153				
MAR26	154				
ABR26	155				
MAY26	156				
JUN26	157				
JUL26	158				
AUG26	159				
SETEMBRE	160				
OCT26	161				
NOV26	162				
DEZ26	163				
JAN27	164				
FEB27	165				
MAR27	166				
ABR27	167				
MAY27	168				
JUN27	169				
JUL27	170				
AUG27	171				
SETEMBRE	172				
OCT27	173				
NOV27	174				
DEZ27	175				
JAN28	176				
FEB28	177				
MAR28	178				
ABR28	179				
MAY28	180				
JUN28	181				
JUL28	182				
AUG28	183				
SETEMBRE	184				
OCT28	185				
NOV28	186				
DEZ28	187				
JAN29	188				
FEB29	189				
MAR29	190				
ABR29	191				
MAY29	192				
JUN29	193				
JUL29	194				
AUG29	195				
SETEMBRE	196				
OCT29	197				
NOV29	198				
DEZ29	199				
JAN30	200				
FEB30	201				
MAR30	202				
ABR30	203				
MAY30	204				
JUN30	205				
JUL30	206				
AUG30	207				
SETEMBRE	208				
OCT30	209				
NOV30	210				
DEZ30	211				
JAN31	212				
FEB31	213				
MAR31	214				
ABR31	215				
MAY31	216				
JUN31	217				
JUL31	218				
AUG31	219				
SETEMBRE	220				
OCT31	221				
NOV31	222				
DEZ31	223				
JAN32	224				
FEB32	225				
MAR32	226				
ABR32	227				
MAY32	228				
JUN32	229				
JUL32	230				
AUG32	231				
SETEMBRE	232				
OCT32	233				
NOV32	234				
DEZ32	235				
JAN33	236				
FEB33	237				
MAR33	238				
ABR33	239				
MAY33	240				
JUN33	241				
JUL33	242				
AUG33	243				
SETEMBRE	244				
OCT33	245				
NOV33	246				
DEZ33	247				
JAN34	248				
FEB34	249				
MAR34	250				
ABR34	251				
MAY34	252				
JUN34	253				
JUL34	254				
AUG34	255				
SETEMBRE	256				
OCT34	257				
NOV34	258				
DEZ34	259				
JAN35	260				
FEB35	261				
MAR35	262				
ABR35	263				
MAY35	264				
JUN35	265				
JUL35	266				
AUG35	267				
SETEMBRE	268				
OCT35	269				
NOV35	270				
DEZ35	271				
JAN36	272				
FEB36	273				
MAR36	274				
ABR36	275				
MAY36	276				
JUN36	277				
JUL36	278				
AUG36	279				
SETEMBRE	280				
OCT36	281				
NOV36	282				
DEZ36	283				
JAN37	284				
FEB37	285				
MAR37	286				
ABR37	287				
MAY37	288				
JUN37	289				
JUL37	290				
AUG37	291				
SETEMBRE	292				
OCT37	293				
NOV37	294				
DEZ37	295				
JAN38	296				
FEB38	297				
MAR38	298				
ABR38	299				
MAY38	300				
JUN38	301				
JUL38	302				
AUG38	303				
SETEMBRE	304				
OCT38	305				
NOV38	306				
DEZ38	307				
JAN39	308				
FEB39	309				
MAR39	310				
ABR39	311				
MAY39	312				
JUN39	313				
JUL39	314				
AUG39	315				
SETEMBRE	316				
OCT39	317				
NOV39	318				
DEZ39	319				
JAN40	320				
FEB40	321				
MAR40	322				
ABR40	323				
MAY40	324				
JUN40	325				
JUL40	326				
AUG40	327				
SETEMBRE	328				
OCT40	329				
NOV40	330				
DEZ40	331				
JAN41	332				
FEB41	333				
MAR41	334				
ABR41	335				
MAY41	336				
JUN41	337				
JUL41	338				
AUG41	339				
SETEMBRE	340				
OCT41	341				
NOV41	342				
DEZ41	343				
JAN42	344				
FEB42	345				
MAR42	346				
ABR42	347				
MAY42	348				
JUN42	349				
JUL42	350				
AUG42	351				
SETEMBRE	352				
OCT42	353				
NOV42	354				
DEZ42	355				
JAN43	356				
FEB43	357				
MAR43	358				
ABR43	359				
MAY43	360				
JUN43	361				
JUL43	362				
AUG43	363				
SETEMBRE	364				
OCT43	365				
NOV43	366				
DEZ43	367				
JAN44	368				
FEB44	369				
MAR44	370				
ABR44	371				
MAY44	372				
JUN44	373				
JUL44	374				
AUG44	375				
SETEMBRE	376				
OCT44	377				
NOV44	378				
DEZ44	379				
JAN45	380				
FEB45	381				
MAR45	382				
ABR45	383				
MAY45	384				
JUN45	385				
JUL45	386				
AUG45	387				
SETEMBRE	388				
OCT45	389				
NOV45	390				
DEZ45	391				
JAN46	392				
FEB46	393				
MAR46	394				
ABR46	395				
MAY46	396				
JUN46	397				
JUL46	398				
AUG46	399				
SETEMBRE	400				
OCT46	401				

Pague o seu empréstimo com a Caixa Econômica Federal e ganhe um desconto de 0,5% sobre o seu empréstimo. Pague o seu empréstimo com a Caixa Econômica Federal e ganhe um desconto de 0,5% sobre o seu empréstimo. Pague o seu empréstimo com a Caixa Econômica Federal e ganhe um desconto de 0,5% sobre o seu empréstimo. Pague o seu empréstimo com a Caixa Econômica Federal e ganhe um desconto de 0,5% sobre o seu empréstimo. Pague o seu empréstimo com a Caixa Econômica Federal e ganhe um desconto de 0,5% sobre o seu empréstimo.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAY 2010

13 MAI 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL 5
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PB

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Genovez da Silva Tautílio inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794-51, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genovez da Silva Tautílio inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.270.254-77 do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Genovez da Silva Tautílio inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.270.254-77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua da Alegria centro	Belo Horizonte	317	Casa

Estado PE CEP 55.700-000 Telefone celular (DDD) (11) 99938-8886

13 de Maio de 2019
Local e Data

05.802.494/0002-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019
RECIFE-PE

Genovez da Silva Tautílio
Assinatura do Declarante
Rue da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Vila Vista - CEP: 50.060-070

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Michelle Martins da Silva,

RG nº 42.417.380-9, data de expedição 10/03/2004
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 321.157.138-85, com
domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Areias, nº 5/Nº,
complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Geovane dos Santos Silva, cujo o condutor era
José Amáel Barbosa Filho.

Veículo: motocicleta Honda CG 125 Titan KS

Modelo: 2004

Ano: 2003

Placa: KKT-4029

Chassi: QC2JC30104R023787

Data do Acidente: 21/06/2018.

Local e Data: Bom Jardim, 13 de agosto de 2018

Michelle Martins da Silva

Assinatura do Declarante

Cartório

JOSÉ AMÁEL BARBOSA FILHO

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

Cartório Sérgio Vasconcelos

Sergio Roberto Vasconcelos - TABELIÃO

Rua Olavo Góes, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - CEP 52730-000
Tel (81) 3038-1819

Reconheço por autenticidade a firma de MICHELLE MARTINS DA SILVA, em testemunha

Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em testemunha

da verdade. JOSÉ CARLOS DA SILVA

REZERA, EGREVELENTE AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40

- TSNR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:

0077586.SX005201801.02238 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-91
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Cartório Sérgio Vasconcelos

Sergio Roberto Vasconcelos - TABELIÃO

Rua Olavo Góes, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - CEP 52730-000
Tel (81) 3038-1819

Reconheço por autenticidade a firma de JOSÉ AMÁEL BARBOSA FILHO, em testemunha

Bom Jardim, 28 de setembro de 2018. Em testemunha

da verdade. JOSÉ LUIZ REZERA,

SUBSTITUTO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40 - TSNR: R\$ 0,80 -

Total: R\$ 4,79 Selo: 0077586.NEX/05201801.02194 Consulte

autenticidade em www.tabelionato.com.br/autenticidade

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 00056181-9
 Nome: GEOFANE DOS SANTOS SILVA
 Endereço: SITIO. AROEIRA
 Cidade: BOM JARDIM/PE
 Documento:
 Mãe: ROSELA MARIA DOS SANTOS SILVA
 Profissão:

Idade: 26 ANOS, 4 MESES E 25 DIAS
 Data de nascimento: 30/01/1992 Sexo: M
 Bairro:
 NAC: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Responsável: JOÃO DOS SANTOS (IRMÃO)
 Pai:

Últimas Ocorrências

Data Nº Ocorrência Motivo do atendimento
 24/06/2018 01:55 0223229 QUEDA DE MOTO (MOTO E CARRO)

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	TEMPERATURA	P脉	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

acabou de cair um
 fruto de manga esquenta

Tratamento

- Traujo 100 + cetyl 30%
 8

Dr. Parcelino Menezes
 Médico
 CREMEPE 23598

Geloso 5456 421

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado: TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Removido: 13 HAI 2018
 Óbito: as _____ h _____ m do dia
 as _____ h _____ m do dia

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
NEBULIZAÇÃO	BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/>	RETRIDA DE PONTO <input type="checkbox"/>

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 24 de Junho de 2018 às 01:55



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 597357

- 1.1 - Atendimentos em: 24/06/18
- 1.2 - Às 04 horas e 40 minutos.
- 1.3 - Internado: SIM
- 1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1089373

- 2.1 – Internado em: 24/06/18
- 2.2 - Alta em: 26/06/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA ABRASÃO EXPOSTA DE CALCANEÓ + EXTERNO
PERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEÓ DE PÉ ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 24/06/18; LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + SUTURA +
CURATIVO COMPRESSIVO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 13.9.2018

HORA: 15:23:38

PASTA: 01.09.2018

JGAS

RS

Jessica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2151

Dra. Jéssica Guido.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-000

50

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE
Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde - HGV

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: GEOVANE DOS SANTOS SILVA REGISTRO: 1089373

Data da operação: 24/06/18

Operador: DR. ROMERO MENDES

1º auxiliar: DR. HEBERT VARELA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA ABRASÃO EXPOSTA DE CALCANEAO +
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEAO DE PÉ
ESQUERDO

Tipo de operação: LMC + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos estérveis;
- 4) Observado extenso ferimento, de aproximadamente 10 cm, em região posterior do pé esquerdo . Ausencia de lesão de tendão ao exame fisico.
- 5) Realizado desbridamento de bordas.
- 6) Realizada lavagem copiosa com SF 0,9%;
- 7) Sutura com Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril compressivo
- 10) Boa perfusão distal após o procedimento.

Dr. Hebert Varela
Médico
CRM/PE 25452

05.802-494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 Mai 2018
Rua da Aurora, N° 175, SL 903, BL C
Boa Vista, CEP: 50.000-010
RECIFE-PE



PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Getúlio Vargas

DADOS DO PACIENTE

NOME: Geovane dos Santos

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIM.	SEXO
			FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/>

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de trauma craniano (de nato), com fractura aberta em friso de esquerda. Paciente estável hemodinamicamente. PS = 120 e 80 mmHg, consciente, olhos brios glauco de 15.

CONDUTA INICIAL:

13/M/

Rua da Aurora, nº 175

Bairro EEP-50360-010

CEP 58600-000

SC/PE/BR

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

05/07/2010

</div

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME Geovane dos Santos Silva	02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:	CARTÃO SUS:		
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 32	Nº DO REGISTRO: 1089373
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:

Tratamento Cirúrgico (Limpeza Cirúrgica + Sutura)

DATA DA INTRRACAO:	DATA DA ALTA:	DIAS DE INTERNACAO:
24/06/18	26/06/18	02
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	0415040035	CID: 5392 CARMBOREMESTRUTAMENTO
0415030013	0413040178	S92.9 e 453
COE	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL
1	CIRURGÃO	Dr Romero Mendes
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr Hebert Varela
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
4	ANESTESISTA	
5	CLÍNICO	

RESUMO DO CASO,
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)

Paciente com fratura exposta da calcâneo esquerdo, submetido a limpeza cirúrgica + curativo.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA

IML SVO BO:

OUTROS:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

Aguardar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia

DATA:

26/06/18

Medico Responsável

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETIVA
DE SEGUROS LITEM

13 MAI 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bloco
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU
Secretaria de Saúde de João Alfredo
Rua treze de maio, João Alfredo-PE.
CEP: 55.720.000



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que GEOVANE DOS SANTOS SILVA, fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 493566, na data de 24/06/2018, na condição de paciente vítima de queda de moto, sendo o mesmo passageiro, apresentando escoriações e fratura exposta de tornozelo esquerdo. O mesmo foi direcionado pela central de regulação e conduzido em nossa USB para a Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti.

COORDENADOR DO SAMU
Enfº. André Luís Aguiar de Lima
COREN: 203068-PE

João Alfredo, 24 de abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGENCIA

E: Abdomen

Diagnóstico Inicial:

Fratura exposta TN7 (E)

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

(1) Cefalutina 1g - 2FA + SF 0,9% IV aguar

Resultado de Exames:

(2) SAT 5000 VI IM aguar **Código Procedimento:**

(3) VAT 0,5ml IM aguar

(4) Rx TN7 - Perna Cr

Tratamento/ Procedimentos:

(5) Ap. Seco - unguio.

(04:20)

Ass. Médico + Garimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Garimbo

Diag. Definitivo:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadido

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Confirmação do Nome:

Assist. Social

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta

Transferência

Estudo de Caso

Exames Externos

Assist. Social

Observações:

Anexo:

Médico:	CRM/CRO:	Data:	Hora:
<p>- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____</p>			
<p>- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____</p>			
Cadastramento: 24/06/2018 04:40 h SEPHORAF		impressão: 24/06/2018 04:40 h SEPHORA	

04:20: Aguarda Mica para fazer paciente
ao bloco unguio.

Assist. Social
CRM/CRF-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO COMUNITÁRIA
DÉ SEGUROS LTD

Médico

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C.
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGENCIA

ATENDIMENTO: 597357

Prontuário: 1089373

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data Nasc.: 30/01/1992

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 10927025477

RG: 8785053

CNS: 707700661421010

Nº 144

Endereço: SITIO AROEIRA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BOM JARDIM

Estado: PE

CEP: 55730000

Fone: 97837223

Profissão:

Nome da Mae: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Companhante: JOAO DOS SANTOS (IRMAO)

Nome do Conjugue:

Lugar de Procedencia: SITIO AROEIRA

Hospital: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Corrida: N. SENHA: 654421 - ROSTRAUM DE ALBUQUERQUE PACIENTE REFERE TRAUMA EM TORNOZELO

Incidente de Trabalho: Sim Não

DATE: 10/01/2019

Motiva Principal / HDA: *Paciente fêmea de 26 anos de idade motociclista com amputação de M16 houve colisão com*

Perda da Consciência:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Erótico:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----------------------	---	------------------------------	-------------------	------------------------------	---	-----------------------	------------------------------	------------------------------

Incidente de Trânsito:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:				
------------------------	---	------------------------------	-------	--	--	--	--

Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:				
----------	---	------------------------------	-------	--	--	--	--

Impacto:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:				
----------	------------------------------	---	-------------------	--	--	--	--

Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:				
----------------------	------------------------------	---	-------	--	--	--	--

Quem dirigia:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:				
---------------	------------------------------	---	------	--	--	--	--

Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Transporte Realizado por:				
--------------------------------------	------------------------------	---	---------------------------	--	--	--	--

Observações:								
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

A: Geral	Via aérea esta pérvia Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp. C							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--

<i>Oco, consciente, orientado</i>								
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

B: Respiratório	<i>Regular, respirando bem no ambiente</i>							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

C: Circulatório	PA:	X	mmHg	P脉:	✓	bpm:	
-----------------	-----	---	------	-----	---	------	--

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIS <input type="checkbox"/> Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal				Glasgow: Resposta Motora			
Escore: 4	Hora:	Escore: 5	Hora:	Escore: 6	Hora:			

ECG = NS

*TRAG 1940001-42
DE SPAN*

13 MAI 2019

*Rua da Aurora, 111 - Centro
Bog Viu - CEP: 50.000-000*

1 de 2



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: Geovane dos Santos Silva		02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:		
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 32	Nº DO REGISTRO: 1089373	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	
SEXO:				
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza Cirúrgica + Sutura)				
DATA DA INTERNAÇÃO: 24/06/18	DATA DA ALTA: 26/06/18	DIAS DE INTERNAÇÃO: 02		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID S92.9	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CDG	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Romero Mendes		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr Hebert Varella		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta de calcâneo esquerdo, submetido a limpeza cirúrgica + curativo.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA CURADO _____ MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA _____ OUTROS: _____	ÓBITO IML _____ SVÖ _____ BO: _____			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 26/06/18	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA			
 Medico Responsável				

13 MAI 2019

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

DR. JOÃO LUIZ

ORTHOPEDIA / TRAUMATOLOGIA / TERAPEUTICA

Lazado Médico

Afonso da Góisiva dos Santos Silveira

(RG 8 785 053 SDS-PE) vítima de acidente
motocicístico em 24/06/2018, sofreu fratura
explosiva do calcâneo (cif 592.0) + lesão
expansiva de partes moles no metatarso (cif 593.3).
Realizou tratamento cirúrgico (limpeza
cirúrgica + reparo de partes moles). Apre-
sentou com debilidade funcional do MIE
em 40% (por diminuição de força e da
ADM). ACTx médica definitiva.

Campina-PE

15/09/2019

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Mai 2019

Rua da Aurora, N° 175 - SL 902 BLT
Boa Vista - CEP: 50.060-000

RECIFE-PE

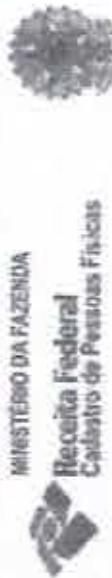
Dr. João Luiz da Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-1235

ROCHADESPESSAIS.COM | DR. JOÃO LUIZ DA ROCHA CRM 1235 | (81) 99997-1294

CÓDIGO DE CONTROLE
D895.088F2EB9.AFGA
www.raceta.fazenda.gov.br

Nascimento
30/01/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cálculo de Pessoas Fiscais
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
109.270.254-77
Nome
GEOVANE DOS SANTOS SILVA



A autenticidade desse comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.raceta.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pelo
Secretário da Receita Federal do Brasil
às 09:58:50 do dia 20/01/2013 (hora o data do Brasília)
digito verificador: 00



05.802.494/0001-47
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2013
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

