



Número: **0028799-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
UANDERSON GALDINO DA SILVA (AUTOR)	DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67778 042	10/09/2020 16:42	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

27/08/2019

2 de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/DDS/infopol/xml/BOEPrevia

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 021^ª CIRCUNSCRICAO - MORENO -
DP21^ªCIRC DIM/5^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0111001271

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019 às
09:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado)
que aconfeceu no dia 3/6/2019 às 06:40

Fato ocorrido no endereço AV SOFRONIO PÓRTELA N 1, CENTRO, MORENO,
PRÓXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PÓRTELA - MORENO/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE MORENO, 1 - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADRINE MARIA DA SILVA (OUTRO)
UANDERSON GALDINO DA SILVA (VÍTIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE MORENO
21^ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(s) Sr(s): UANDERSON
GALDINO DA SILVA

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino MBe
ELZA GALDINO DA SILVA Fai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 16/11/1994 Naturalidade:
MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8896408/SDS/PE (RG) 10213102430
(CPF) 8730677454 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: SERVENTE DE PADREIRO Telefones Celulares:
- 888814060

Residencial: R. MARIA DE LOURDES N 23A, OLARIA, MORENO PE -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE MORENO, 23 - CEP:
85000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

ADRINE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: MASCULINO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

27/08/2010

1 de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPr

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ADRIENE MARIA DA SILVA**, que
se envolveu em acidente do(s) Sr(a): **UANDERSON GADINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/AMÔNIO INFORMADO** Cilindrada: **1500**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU1389** (PERNAMBUCO/IBIQUERICO) Referência: **2003181622** Chassi:
SC2NC4319AR834039
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CB 300 R CC, ANO 2010/2010**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA 03-08-2010, QUANDO ESTAVA indo PARA O SEU TRABALHO PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA CB 300R, PLACA NXU 1389, COR AMARELA, DE PROPRIEDADE ADIRNE MARIA DA SILVA, VEIO A CAIR DA REFERIDA MOTOCICLETA, PRÓXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PORTELA, EM MORENO-PE, MOMENTO ESTE EM QUE FORA SOCORRIDO POR UM CIDADÃO QUE ESTAVA PASSANDO NAQUELE LOCAL E QUE COLOCOU A VITIMA EM SEU VEICULO E O LEVOU PARA A MATERNIDADE ARLINDO HOURA, NA CIDADE DE MORENO-PE, ONDE DESTE HOSPITAL FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS-PE, CONFORME DOCUMENTO DE ATENDIMENTO DO REFERIDO HOSPITAL.

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

Uanderson Gadino da Silva
UANDERSON GADINO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **MARCIO ALESSANDRO BEZERRA CORREIA** - Matrícula:
2058828

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



27/08/2019

2 de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/DDS/infopol/xml/BOEPrevia

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 021^ª CIRCUNSCRICAO - MORENO -
DP21^ªCIRC DIM/5^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19 E0111001271

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019 às
09:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado)
que aconfeceu no dia 3/6/2019 às 06:40

Fato ocorrido no endereço AV SOFRONIO PÓRTELA N 1, CENTRO, MORENO,
PRÓXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PÓRTELA - MORENO/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE MORENO, 1 - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADRINE MARIA DA SILVA (OUTRO)
UANDERSON GALDINO DA SILVA (VÍTIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE MORENO
21^ª CIRCUNSCRIÇÃO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(s) Sr(s): UANDERSON
GALDINO DA SILVA

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino MBe
ELZA GALDINO DA SILVA Fai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 16/11/1994 Naturalidade:
MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8896408/SDS/PE (RG) 10213102430
(CPF) 8730677494 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 888814060

Residencial: R. MARIA DE LOURDES N 23A, OLARIA, MORENO PE -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE MORENO, 23 - CEP:
85000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

ADRINE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: MASCULINO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

27/08/2010

1 de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPr

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ADRIENE MARIA DA SILVA**, que
se encontra em posse do(s) Sr(a): **UANDERSON GADINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/AMÔNIO INFORMADO** Cilindrada: **1500**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU1389** (PERNAMBUCO/IBIQUERICO) Referência: **2003181622** Chassi:
SC2NC4319AR894039
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CB 300 R CC, ANO 2010/2010**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA 03-06-2010, QUANDO ESTAVA indo PARA O SEU TRABALHO PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA CB 300R, PLACA NXU 1389, COR AMARELA, DE PROPRIEDADE ADIRNE MARIA DA SILVA, VEIO A CAIR DA REFERIDA MOTOCICLETA, PRÓXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PORTELA, EM MORENO-PE, MOMENTO ESTE EM QUE FORA SOCORRIDO POR UM CIDADÃO QUE ESTAVA PASSANDO NAQUELE LOCAL E QUE COLOCOU A VITIMA EM SEU VEICULO E O LEVOU PARA A MATERNIDADE ARLINDO HOURA, NA CIDADE DE MORENO-PE, ONDE DESTE HOSPITAL FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS-PE, CONFORME DOCUMENTO DE ATENDIMENTO DO REFERIDO HOSPITAL.

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

Uanderson Gadino da Silva
UANDERSON GADINO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **MARCIO ALESSANDRO BEZERRA CORREIA** - Matrícula:
2058828

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

108.231.024-30 Wanderson Goldino da Silva

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

5 - Nome completo: Wanderson Goldino da Silva	6 - CPF: 308.231.024-30
7 - Profissão: Aluno de Pediatria	8 - Endereço: Rua: maria de lourdes
11 - Bairro: Olaria	12 - Cidade: mariana
15 - E-mail:	13 - Estado: PE
	14 - CEP: 54800000
	16 - Tel. (DDD): 108198896-4069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0648

CONTA: 00180624 3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Raciá - 20 Set/2018*

Wanderson Goldino da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 108.231.024-30 4 - Nome completo da vítima: Wanderson Goldino da Silva

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

5 - Nome completo: Wanderson Goldino da Silva	6 - CPF: 108.231.024-30
7 - Profissão: Aluno de Pediatria	8 - Endereço: Rua: maria de lourdes
11 - Bairro: Olaria	12 - Cidade: mariana
15 - E-mail:	13 - Estado: PE
	14 - CEP: 54800000
	16 - Tel. (DDD): 108198896-4069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0648

CONTA: 00180624 3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Sim Não Nasceu (vai nascer)? Sim Não teve irmãos? Sim Não pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Raciá - 20 Set/2018*

Wanderson Goldino da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088146
	Data de Nascimento:	10/11/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	EA0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3339247
	SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM, HAS, ALEGIAS, PERDA DE SENTIDO, VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Examinador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 7

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088146
	Data de Nascimento:	10/11/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	EA0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3339247
	SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM, HAS, ALEGIAS, PERDA DE SENTIDO, VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Excluindo(s): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: UANDERSON GALDINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000180624-1

Nr. da Autenticação C516F56566FD550F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 9



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
CNPJ 10.805.932/0001-03 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA PATRICIA NOGLEIRA E SILVEIRA

CEE 115.481.514.2013

Classification

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMERCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	EMISSÃO
072703066	UNICA	06/08/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/08/2018	2016547239	1049001

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7028679461	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/08/2019	09/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,04

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30.000000	0,18124008
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	48.000000	0,32784015
Acréscimo Bandeira AMARELA		5,73
Acréscimo Bandeira VERMELHA		15,08
Contrib. Ium. Pública Municipal		0,42
Multa por atraso-NF 088780508 - 08/07/19		0,41
Multa por atraso-NF 0885037182 - 07/06/19		5,84
Juros p/rt atraso-NF 088780508 - 08/07/19		0,48
Juros por atraso-NF 0885037182 - 07/06/19		0,37
Atualização IGPM-NF 088780508 - 09/07/19		0,13
Atualização IGPM-NF 0885037182 - 07/06/19		0,30
		0,05
		0,16

TOTAL DATA

HISTÓRICO DE CASO

MÉTODO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÉTODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	%
AGO18	76				Transmissão	R\$ 1,06	49,55%
JUL19	85	ICMS			Distrição (Carga)	R\$ 1,48	4,93%
AUJ18	73	PIS			Perda de Energia	R\$ 2,23	29,35%
MAR19	80	COFINS	21,64	0,74	Emergências Sistêmicas	R\$ 0,03	0,26%
ABR19	70		21,64	1,42	Tributos	R\$ 0,93	2,91%
MAR19	85				Total	R\$ 21,44	100%
FEV19	83						
JAN19	74						
DEZ18	87						
NOV18	74						
OUT18	70						
SET18	88						
Consumo Alvo Até 30/09h Consumo Ativo Injetado a 30/09/2018				TARIJAS APLICADAS			

RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES-IMPORTAIS

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTERRUPCOES					NIVEL DE FEBRIL		
COLUNA	VALOR APROXIMADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TEMPO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	LIMITE MENSAL (%)
SIC MORENO	50/2016						
SIC	7,45	6,18	10,36	30,77			
PGC	3,00	3,30	6,60	13,20	220	202	231
DMC	0,93	2,94	0,30	0,90			
Média DCON 12,22				BUSD - Variação do Encargo de Uso de Sistema de Comunicação			



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO, JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/list?view_seam?y=2009101642326110000066480379

Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Adriane Maria da Silva
RG nº 10.316.144, data de expedição 25/02/2016
Órgão Feminino, portador do CPF nº 131.876.664-85
com domicílio na cidade de Ribeirão, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua dois, nº 51, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Anderson Galdino da Silva cujo o condutor era Anderson Galdino da Silva.
Veículo: Moto Modelo: Honda/CB 300R Ano: 2010
Placa: NXV1380 Chassi: 9C2NC4310AR094039
Data do Acidente: 03/06/19

Local e Data: 36/09/2019

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

x Adriane maria da Silva

Assinatura do Declarante

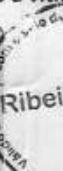
x Anderson Galdino da Silva

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



Rua João Pessoa, 337 - Centro - CEP: 55320-000 - Ribeirão Preto
Fone: (16) 3671-1418 - E-mail: cartoriooficiounico@cartoriounico.com.br
Bel: Eduardo José Lucas de Oliveira - Titular e Oficial da Registratura

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
ADRIANE MARIA DA SILVA. Ribeirão,
16/09/2019 15:02h. Ao Cartório: R\$ 3,59 -
TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - FERM: R\$
0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91.
Selo(s): 0073791.JLX09201901.00104. Cristiana
de Oliveira Santos Marcelino 2a
Substituta



Rua João Pessoa, 557 - Centro - CEP: 55320-000 - Ribeirão Preto
Fone: (16) 3671-1418 - E-mail: cartoriooficiounico@cartoriounico.com.br
Bel: Eduardo José Lucas de Oliveira - Titular e Oficial da Registratura

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
(1)ANDERSON GALDINO DA SILVA Ribeirão,
16/09/2019, 15:11h. Ao Cartório: R\$ 3,59 -
TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - FERM: R\$
0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91.
Selo(s): 0073791.EKT09201901.00117. Cristiana
de Oliveira Santos Marcelino 2a
Substituta



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 11

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088146
	Data de Nascimento:	10/11/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	EA0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3339247
	SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM, HAS, ALEGIAS, PERDA DE SENTIDO, VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Examinador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088146
	Data de Nascimento:	10/11/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	EA0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3339247
	SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Exclamador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 13



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: UANDERSON GALDINO DA SILVA

REGISTRO: 1088146 ALTA HOSPITALAR EM: 10/06/19

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: PÉ

MÉDICO: DR SANDRELLI

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 10/06/19

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco ~
Hospital Otávio de Freitas

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA Idade: 24 Anos 6 Meses 24 Dias Nasc. 10/11/1994
Sexo: MASCULINO CNS: 708606543360687 Contatos: 81. 87744011 | Celular: 81.
Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço: MARIA DE LOURDES , N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 03/06/2019 09:37

Prontuário: 1088146

Nº. Atendimento: 3339247

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H.

Exame Físico

FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ, COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

Observações

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.
HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELA ESQ

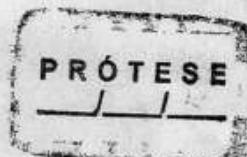
Conduta

TALA BOTA, CURATIVO. INTERNO P CIRURGIA DE URGENCIA.

Dra. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 TEC 11652
Unimed
RECIFE/034.0001.5797-2

MARINA HIRSCHLE GALDINO - CRM: Nº.15797

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 15



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA Idade: 24 Anos 6 Meses 24 Dias Nasc. 10/11/1994
Sexo: MASCULINO CNS: 708606543360687 Contatos: 81. 87744011 | Celular: 81.
Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço: MARIA DE LOURDES , N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 03/06/2019 19:49
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339600
Serviço: ORTOPEDIA E
Enfermaria/Leito:
AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT03
Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03339600	01088146
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
UANDERSON GALDINO DA SILVA			
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUI ANESTESIA	COM CEC:	COM ROBÓTICA:
CID FINAL:	ARTURA DO MALEOLO MEDIAL - S825		
Procedimento	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR - 0408050578		
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	03/06/2019 21:40	DATA / HORA FINAL:	03/06/2019 22:25
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA:			
CIRURGIÃO: ROBERTO WANDERLEY 1. AUX.: GEOVANE JR ANESTESISTA: ARTHUR			
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA 2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS 3. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FERIMENTO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO 4. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO 5. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% 6. SUTURA DE PELE COM MONONYLON 3.0 7. CURATIVO 8. TALA TIPO BOTA			
PNS.: INDICADO OSTEOSSÍNTESE DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO (PRIMÁRIA), DEVIDO A MÍNIMA EXPOSIÇÃO DE FOCO DE ARTURA (GRAU I), POREM DEVIDO A FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSSÍNTESE (CAIXA 3.5), OPTADO POR LIMPEZA E DESBRIDAMENTO, COM OSTEOSSÍNTESE EM SEGUNDO TEMPO.			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500

Dr Roberto Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11431
EOT 7600



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
Data Nasc.: 10/11/1994 Idade: 24 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
CPF: RG: Nome Social: Religião:
Endereço: MARIA DE LOURDES
Bairro: CENTRO Cidade: MORENO
CEP: 54800970 Fone: 558187744011 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Nome do Conjugue:
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3339247 Prontuário: 1088146

Nome Social: Cor: PARDA
CNS: 708606543360687

Nº: 23
Estado: PE

*HOF
Nascimento pelo Napoli
Daniel A. Buarque
03.06.2019*

2 - ENDIMENTO Data: 03/06/2019 09:37
Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vide pronto atendimento. Alepiaia.

*Dra. Marília Hirschle
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia da Coluna
CRM 15777 TEOT 11652
Unimed Recife
RECIFE 034.0002.3797-2*

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

1 de 2





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

UANDERSON GALDINO DA SILVA

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1088146

7- (CNS)

708606543360687

8- DATA DE NASCIMENTO

10/11/1994

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

ELZA GALDINO DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 87744011 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

MARIA DE LOURDES , N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H. FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ, COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPÉ ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TORNO P CIRURGIA DE URGENCIA.

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.

HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24- CID PRINCIPAL

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna - S828

21- CID 10 SECUNDARIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 04999999991

26- CLINICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNACAO

URGENCIA E EMERGENCIA

29- CPF OU CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: N.º 15797

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

04047839450

03/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

○ AUTÔNOMO

○ DESEMPREGADO

○ APOSENTADO

○ NÃO SEGURADO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

03/06/11

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

Dra. Marina Hirschle Galindo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 - EOT 3954
UnimedRS
RECI ETO 3 - 0001.../17-

46 N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



Bando da fisioterapia

Declaro para os devidos fins que o paciente Vanderson Galdino da Silva, realizou tratamento fisioterapêutico no período de 19/04/19 a 25/11/19 com diagnóstico médico de fratura exposta de maléolo medial em tornozelo esquerdo, submetido a tratamento cirúrgico com colocação de parafusos em 03/06/19 após acidente de trânsito.

Na avaliação inicial foi observado: edema em MIE; diminuições de amplitude de movimento; déficit de grau de força muscular; dor a palpacão e movimento.

Conduta: Alongamentos; mobilizações; exercícios ativos; treino de marcha; eletroterapia para analgesia.

Paciente respondeu bem ao tratamento tendo evoluído com melhora no quadro.

Ana Claudia Melo
Fisioterapeuta
CRÉDITO: 218240-F



EU VANDERSON GOLDINO DA SILVA
SINISTRO: 3190/544219 E CPF 108.131.024-30.
VENHO ATRAVES DESTA CARTA INFORMAR
QUE FUI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO
NO DIA 03/06/2019 COM O DR. ROBERTO WANDERLE
CRM 11431 E NO DIA 07/06/2019 FOI SUBMETIDO
POR OUTRA CIRURGIA, FICHA ASSINADA E
CARIMBADA POR DRA. MÔNICA MAGALHÃES,
CRM 269 62.
AS FICHAS JÁ FORAM ENCAMINHADAS PARA
ANALISE.

09, OUTUBRO, 2019.

Vandereson Goldino da Silva





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco ~
Hospital Otávio de Freitas

Name: UANDERSON GALDINO DA SILVA Idade: 24 Anos 6 Meses 24 Dias Nasc. 10/11/1994
Sexo: MASCULINO CNS: 708606543360687 Contatos: 81. 87744011 | Celular: 81.
Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço: MARIA DE LOURDES , N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 03/06/2019 09:37
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339247
Serviço: CIRURGIA
Enfermaria/Leito:
Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal _____

— História Clínica _____

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H.

— Exame Físico _____

FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ, COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MÉDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

— Observações _____

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.
HD- FRATURA EXPOSTA TORNOCÉLIO ESQ

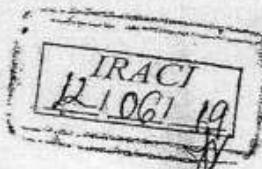
— Conduta _____

TALA BOTA, CURATIVO. INTERNO P CIRURGIA DE URGENCIA.

Dra. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 TEC 11652
Número 11
RECIFES 1100015797-2

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: N.º 15797

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprigio Guimarães, s/nº - Telipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 21



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA Atendimento: 3339247 Prontuário: 1088146
Data Nasc.: 10/11/1994 Idade: 24 Nome Social:
CPF: RG: Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
Endereço: MARIA DE LOURDES
Bairro: CENTRO Cidade: MORENO
CEP: 54800970 Fone: 558187744011 Celular:
Acompanhante: Profissão:
Nome da Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Nome do Conjugue:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF
Médico: Dr. Pedro Neiva
Assinatura: Dr. Pedro Neiva
03/06/2019

2- ENDIMENTOS, SINTOMAS E ANAMNESE

Queixa Principal / HDA:

Vide pronárco eletônico. Alepia.

Dra. Marília Hirschle
Ortopedista e Traumatologista
Especialista na Coluna
GMA 15777 TEC 11652
Unimed - Rio
RECEBIDO 10/09/2020 10:57:44

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURÓ DPVAT

1 de 2



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**
Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente: UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente: 1088146
	Data de Nascimento: 10/11/1994
	Sexo: MASCULINO
	Idade: 24
	Senha: EA0012
	Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento: 3339247
	SAME: 1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	FACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.
Observação:	NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Excrimador(es):	- FRATURA EXPOSTA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

 Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088146
	Data de Nascimento:	10/11/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	EA0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3339247
	SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.
Observação:	NEGA DM,HAS, ALEGIAS, PERDA DE SENTIDO, VOMITOS.
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Excluidor(es):	- FRATURA EXPOSTA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA Idade: 24 Anos 6 Meses 24 Dias Nasc. 10/11/1994
Sexo: MASCULINO CNS: 708606543360687 Contatos: 81. 877440111 | Celular: 81.
Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço: MARIA DE LOURDES , N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 03/06/2019 19:49
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339600
Serviço: ORTOPEDIA E
Enfermaria/Leito:
AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT03
Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03339600	01088146
NOME DO PACIENTE:		SITUAÇÃO CIRURGIA:	
UANDERSON GALDINO DA SILVA			
TIPO DE ANESTESIA:	COM CEC: COM ROBÓTICA:		
RAQUI ANESTESIA			
CD FINAL:			
ATURA DO MALEOLO MEDIAL - 5825			
Procedimento			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR - 0408050578			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
03/06/2019 21:40	03/06/2019 22:25		
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA:			
CIRURGIA: ROBERTO WANDERLEY 1 AUX.: GEOVANE JR ANESTESISTA: ARTHUR			
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA 2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS 3. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FERIMENTO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO 4. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO 5. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% 6. SUTURA DE PELE COM MONONYLON 3,0 7. CURATIVO 8. TALA TIPO BOTA			
TBS.: INDICADO OSTEOSSÍTESE DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO (PRIMÁRIA), DEVIDO A MÍNIMA EXPOSIÇÃO DE FOCO DE ATURA (GRAU I), POREM DEVIDO A FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSSÍTESE (CAIXA 3-5), OPTADO POR LIMPEZA E DESBRIDAMENTO, COM OSTEOSSÍTESE EM SEGUNDO TEMPO.			
<p>EXCELSIOR SEGUROS 20 SET. 2019 SEGURO DPVAT</p>			

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500 EOT 7600

Dra. Roberta Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM/11431



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4- CNES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	426	HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE	6- Nº DO PRONTUÁRIO	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO
UANDERSON GALDINO DA SILVA	1088146	708606543350687	10/11/1994
9- SEXO	10- NOME DA MAE DO PACIENTE	11- TELEFONE DE CONTATO	
MASCULINO	ELZA GALDINO DA SILVA	81. 87744011 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

MARIA DE LOURDES , N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H. FERIMENTO PUNIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ, COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FERIMENTO P/ CIRURGIA DE URGENCIA.

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

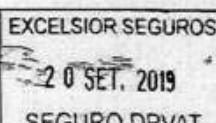
RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.

HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24- CID PRINCIPAL FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna - S828	21- CID 10 SECUNDARIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999999		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 27- CARATER DA INTERNACAO URGENCIA E EMERGENCIA 28- CRM OU CRF/ 29- NOME DO PROFISSIONAL - (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: N.º15797	30- DATA DA SOLICITAÇÃO 04047839450	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 03/06/2019
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="radio"/> EMPREGADO <input type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO	<input type="radio"/> DESEMPREGADO <input type="radio"/> APOSENTADO <input type="radio"/> NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03/06/19	46 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - COD. ORGÃO EMISSOR	<p>Dra. Marina Hirschle Ortopedia e Traumatologia Clínica do Colégio CRM.15797 / EOT.16867 Unimed PB RECIFE/PE</p>	
45- Nº DO DOCUMENTO (CRM/CRF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		





SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828508

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: UANDERSON GALDINO DA SILVA

REGISTRO: 1088146 ALTA HOSPITALAR EM: 10/06/19

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: PÉ

MÉDICO: DR SANDRELLI

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

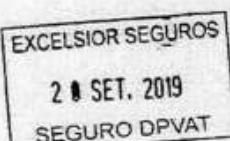
RECIFE, 10/06/19

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	
(SECTOR RADIOLÓGICO)	
DATA: 02/06/2019	PRONTO: 1088148
PACIENTE: VANDERSON GALDINO DA	
SILVA	
EXAME: RX: TORÁCICO E AP	
PERFIL	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 29



EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 30



EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 31

DETAN - PE **Nº 014801853974**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	233391622	*****	2019
NOME			
ADRIENE MARIA DA SILVA			
RIBEIRAO-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
131.876.664-85		RNU1380	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** PE		9G2NC4310AK094039	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS /MOTOCICLISTA		GASOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CR 300R		2010	2011
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/291CL		PARTIC	AMARELA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1*	*****
FADA IPVA		2*	*****
1		3*	*****
PRÉMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO-TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
DATA DE PAGAMENTO			
06/02/19			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
RIBEIRAO		10/02/19	
Roberto Carlos Moreira Gonçalves			
Diretor Presidente DETAN/PE			

EXCELSIOR SEGUROS
 20 SET. 2019
 SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
 Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 32

DETAN - PE **Nº 014801853974**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	233391622	*****	2019
NOME			
ADRIENE MARIA DA SILVA			
RIBEIRAO-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
131.876.664-85		RNU1380	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** PE		9G2NC4310AK094039	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS /MOTOCICLISTA		GASOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CR 300R		2010	2011
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/291CL		PARTIC	AMARELA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1*	*****
FADA IPVA		2*	*****
1		3*	*****
PRÉMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO-TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
DATA DE PAGAMENTO			
06/02/19			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
RIBEIRAO		10/02/19	
Roberto Carlos Moreira Gonçalves			
Diretor Presidente DETAN/PE			

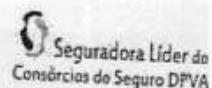
EXCELSIOR SEGUROS
 20 SET. 2019
 SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
 Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 33

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327235/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 20/09/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

UANDERSON GALDINO DA SILVA

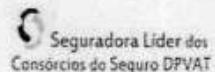
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361363/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

UANDERSON GALDINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Raianne Silva



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678127 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Descrição do exame VITIMA COM CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 30 GRAUS, DORSAL A 15 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM PARAFUSOS, FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNозELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNозELO ESQUERDO, 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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327235/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 20/09/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

UANDERSON GALDINO DA SILVA

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 37

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361363/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

UANDERSON GALDINO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 38

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433787/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

UANDERSON GALDINO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 39

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190678127
Nome do(a) Examinado(a): Uanderson Galdino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria de Lourdes, S/N A
Olaria Moreno PE CEP: 54800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9095406
Data local do acidente: [03/06/2019]
Data local do exame: [07/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PARAFUSOS, FISIOTERAPIA

Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR

Data da Alta: VITIMA NAO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM CICATRIZ CIRURGICA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 30 GRAUS, DORSAL A 15 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DO TORNOCOLO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOCOLO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


LEONARDO FARIAS NEVES
CRM/PE 17742

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379

Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 40



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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190678127 **Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA**

Data do Acidente: 03/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), UANDERSON GALDINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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

Pag. 01911/01912 - carta_01 - INVALIDEZ



00020956

Carta nº 15198514



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 41



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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190678127 **Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA**

Data do Acidente: 03/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), UANDERSON GALDINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0192/1/01922 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15310397



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 42

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190678127 **Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA**

Data do Acidente: 03/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UANDERSON GALDINO DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: UANDERSON GALDINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 000000180624-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00877/00878 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
308.331.024-30 Wanderson Goldina da Silva

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

5 - Nome completo: Wanderson Goldina da Silva	6 - CPF: 308.331.024-30
7 - Profissão: Auxiliar de Padaria	8 - Endereço: Rua: maria de lourdes
9 - Número: 234	10 - Complemento: 54800-000
11 - Bairro: Clarão	12 - Cidade: mariana
13 - Estado: PE	14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 1082198891-4069

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: _____

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 00180624 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência 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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, *Rua: 90 Setor B*

Wanderson Goldina da Silva

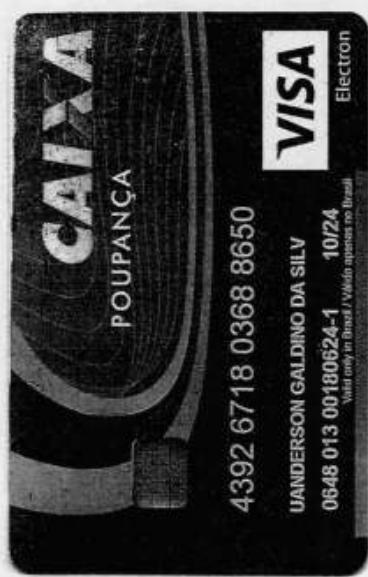
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
308.331.024-30 Wanderson Goldino da Silva

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

5 - Nome completo: Wanderson Goldino da Silva	6 - CPF: 308.331.024-30
7 - Profissão: Ajudante de Padaria	8 - Endereço: Rua: maria de lourdes
9 - Número: 234	10 - Complemento: 54800-000
11 - Bairro: Clarão	12 - Cidade: mariana
13 - Estado: PE	14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 1082198891-4069

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: _____

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 00180624 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência 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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Ribeirão Preto

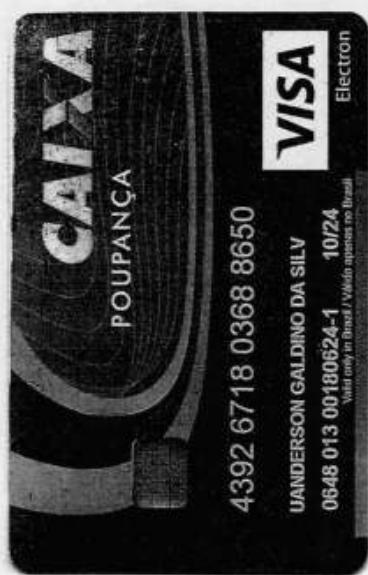
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:42:32
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016423261100000066480379>
Número do documento: 20091016423261100000066480379

Num. 67778042 - Pág. 47