



Número: **0038175-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
GEANDRO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)		
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
70475 981	04/11/2020 10:16	<u>ANEXO 1</u>
Outros (Documento)		



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, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200184586 **Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA**

Data do Acidente: 19/11/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEANDRO LUIZ DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15790969



Pag 01843/01844 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041016449880000069103899>
Número do documento: 2011041016449880000069103899

Núm. 70475981 - Pág. 1



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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200184586 Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEANDRO LUIZ 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: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002192

Conta: 0000090573-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011041016449880000069103899>
Número do documento: 2011041016449880000069103899

Núm. 70475981 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		<p>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2 - Nº do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 060 673 464-35 4 - Nome completo da vítima: Geandro Luiz da Silva</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</p> <p>5 - Nome completo: Geandro Luiz da Silva 6 - CPF: 060.673.464-35</p> <p>7 - Profissão: Rotineiro 8 - Endereço: Rua Frei Caneca 9 - Número: 197 10 - Complemento:</p> <p>11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000</p> <p>15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 258-2087</p>																			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.																					
<p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p>																					
<p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>								<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								
<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																			
<p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <p>Nome do BANCO: _____</p> </td> </tr> <tr> <td>AGÊNCIA: 2192</td> <td>CONTA: 90573 1</td> </tr> <tr> <td>(Informar o dígito se existir)</td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <p>Nome do BANCO: _____</p>	AGÊNCIA: 2192	CONTA: 90573 1	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <p>Nome do BANCO: _____</p>																
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)																				
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)																				
AGÊNCIA: 2192	CONTA: 90573 1																				
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)																				
	(Informar o dígito se existir)																				
	(Informar o dígito se existir)																				
<p>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.</p>																					
<p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>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.</p>																					
<p>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p>																					
<p>MORTE</p> <p>23 - Estado civil da vítima:</p>		<p>24 - Data do óbito da vítima:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Solteiro</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Casado (no Civil)</td> <td><input type="checkbox"/> Divorciado</td> <td><input type="checkbox"/> Separado Judicialmente</td> <td><input type="checkbox"/> Viúvo</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo									
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo																	
<p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>25 - Grau de Parentesco com a vítima:</p>		<p>26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		<p>27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:</p>																	
<p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não</p>		<p>29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:</p>		<p>30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		<p>31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não</p>															
<p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:</p>		<p>33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>																			
<p>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.</p>																					
<p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>34 - Instruções legais: <input type="checkbox"/> Vínculo de parentesco com a vítima ou beneficiário/não alfabetizado</p>		<p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>40 - Local e Data: Bezerros 02/03/2020</p> <p>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Geandro Luiz da Silva</p>																			
<p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>		<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____</p> <p>40 - Assinatura da testemunha: </p> <p>41 - Assinatura da testemunha: </p> <p>42 - Assinatura da testemunha: </p> <p>43 - Assinatura da testemunha: </p> <p>TESTEMUNHAS</p>																			



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
 DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0181000223

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **11:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2019** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 01, RUA SIQUEIRA CAMPOS** - Bairro: **CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ESTAÇÃO FERREA**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
 GEANDRO LUIZ DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GEANDRO LUIZ DA SILVA

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

GEANDRO LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RISALVA DA SILVA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **16/1/1984** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7357695/SDS/PE (RG) 06067346435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
 Endereço Residencial: **RUA FREI CANEGA, 187 - CEP: 0 - Bairro: MORORO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

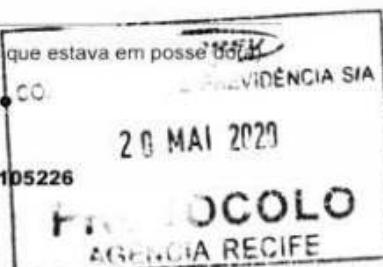
SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: • Cargo do Representante: • Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: • Telefone de Contato: •

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GEANDRO LUIZ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GEANDRO LUIZ DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYX5453** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **997779721** Chassi: **9C2KD0550ER105226**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**



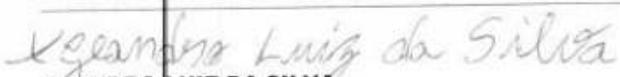
07/02/2020 12:28



Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELO CENTRO DA CIDADE, QUANDO AO PASSAR PROXIMO A ESTAÇÃO FERREA O PNEU DIANTEIRO DERRAPOU EM UM DOS TRILHOS, FAZENDO COM QUE A VITIMA PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM SEGUIDA AO CHÃO, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE RECEBEU ATENDIMENTOS MEDICOS CONFORME CONSTA NA FCIHA DE N° 974.361, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARUARU - PE, CONFORME DOCUMENTOS PARESENTADOS PELA PROPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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



GEANDRO LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CLOVES VITORINO DA SILVA - Matricula: 3811646





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		<p>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2 - Nº do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 060 673 464-35 4 - Nome completo da vítima: Geandro Luiz da Silva</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</p> <p>5 - Nome completo: Geandro Luiz da Silva 6 - CPF: 060.673.464-35</p> <p>7 - Profissão: Rotineiro 8 - Endereço: Rua Frei Caneca 9 - Número: 197 10 - Complemento:</p> <p>11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bezerros 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55660-000</p> <p>15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 9 258-2087</p>											
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.													
<p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p>													
<p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>								<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
<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											
<p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <p><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</p> <p><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p> </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <p>Nome do BANCO: _____</p> </td> </tr> <tr> <td>AGÊNCIA: 2192 CONTA: 90573 (Informar o dígito se existir)</td> <td>AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <p><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</p> <p><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <p>Nome do BANCO: _____</p>	AGÊNCIA: 2192 CONTA: 90573 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <p><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)</p> <p><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) <p>Nome do BANCO: _____</p>												
AGÊNCIA: 2192 CONTA: 90573 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)												
<p>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.</p>													
<p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>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.</p>													
<p>INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</p>													
<p>23 - Estado civil da vítima:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo</p> <p>MORTE</p>		<p>24 - Data do óbito da vítima:</p>											
<p>25 - Grau de Parentesco com a vítima:</p> <p>26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		<p>27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:</p>											
<p>28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não</p>		<p>29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>											
<p>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.</p>													
<p>NÃO ALFABETIZADO</p> <p>34 Inscrivível digtal 13 última ou beneficiário não alfabetizado</p>		<p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>40 - Local e Data: Bezerros 02/03/2020</p> <p>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Geandro Luiz da Silva</p> <p>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</p>											
<p>Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45 https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899 Número do documento: 20110410164498800000069103899</p>													



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899>

Número do documento: 20110410164498800000069103899

Num. 70475981 - Pág. 6



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Geandro Luiz da Silva, Identidade 7.357.695 SDS-PE, CPF 060.673.464-35 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado ao mesmo, número da ocorrência -5940 no dia 19 de Novembro de 2019 , às 05h:23min , com queixa de queda de moto, na Rua Siqueira Campos , Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 27 de Novembro de 2019.



Regina morais
Coord. - SAMU
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 - BEZERROS - PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



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: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEANDRO LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000090573-1

Nr. da Autenticação 6A4A011CB18DB16A



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899>
Número do documento: 20110410164498800000069103899

Num. 70475981 - Pág. 8



Tarifa Social de Energía Eléctrica: Crédito por la Ley 114-58, de 26/11/2012

NOTA FÍSICA + FATIGA + CONTROLE NEUROFISIOLÓGICO

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Barra, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50030-902
CNPJ 10.835.932/0005-08 | Insc. Est. 6001543-92 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

[DETALHES DO CLIENTE](#)

ENCERRAMENTO DA UNIDADE DE CONSTRUÇÃO

易经国学网

CSE 337: Intro. to the Internet

《詩經》卷之二

第1章

CLASSIFICATION

客户姓名	性别	年龄
王明华	男	30
李晓东	男	28
张伟	男	25

USUÁRIO CADASTRADO	0633784027	DATA DE VISÃO CADASTRO	10/2019
DATA DE CADASTRO	05/11/2019	DATA DE PAGAMENTO	28/11/2019
TOTAL A PAGAR	42,05		

• 中国古典文学名著全集

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água até 20 m³/mês	30.000.000	0,19700000	5.910
Consumo Água acima de 20 até 100 m³/mês	70.000.000	0,20875574	14.612,5
Consumo Água superior a 100 ate 220 m³/mês	6.000.000	0,50800000	3.048
Acessórios Banheiro e MATERIAIS			0,00
Acabamento Banheiros - LARANJA			0,29
Centro de Saúde - Pública e Municipal			8,28
PRO-Desenvolvimento Social - Programas Sociais			3,09

• 100 •

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	REGISTRAÇÃO DE CONSUMO DESTA MOTA FÍSICA			MÉDIA DIÁRIA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		ANTERIOR DATA	LITURA	ATUAL DATA	LITURA			
P-0282	CAT	26-06-2018	019710	28-10-2018	019710	33	+10000	100,00

中国古典文学名著全集

Pague em poucos dias para ter o seu novo smartphone com as melhores funcionalidades, todos os dias online, em 12x sem juros, com descontos exclusivos e condições especiais para você. Faça o download da aplicação e comece a economizar.

Pague: em até 12x sem juros com a **Recompra** da Americanas, que é a menor taxa de juros do Brasil. Aproveite!



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103895>
Número do documento: 20110410164498800000069103899

Num. 70475981 - Pág. 9



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 974 362		
DATA: 19.11.19	HORA: 05:51	TELEFONE:		
NOME: <i>Tecmire Luiz da Silveira</i>		IDADE: 35 anos		
NOME DA MAE: <i>Maria Rivalva da Silva</i>				
DATAS DE NASCIMENTO: / /	ACOMPANHANTE:			
END: R. Rio Grande	BAIRRO: <i>Centro</i>	N.º 197		
CIDADE: <i>Bezerrós</i>	SINAIS VITAIS	<i>SAMU</i>		
PAUTA: / / mmhg	HGT: 134 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência imediata CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- Apnéia Cianose Estridor FC<50 ou >140bpm FR <10 ou >32 lpm
- Extremidades frias Enchimento capilar letificado Pulo fraco ou ausente PCR O Sudorese
- PAS < 80 ou >200mmhg PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl Convulsão no momento
- Politraumatismo/Glasgow <= 12 Letargia Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- Intoxicação exógena PAF PAB Sangramento intenso
- Broncoaspiração Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 TCE leve PAS < 90 ou >180mmhg PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
- Febre > 39°C Febre com imunodepressão Histórico de convulsão nas últimas 24 horas Impossibilidade de deambulação
- Turgor pastoso Mucosas ressecadas Vômitos no momento
- Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ< 10% Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- Dor Abdominal intensa Dor Torácica intensa Melena Hematêmese Enterorragia Epistaxe
- Acidente perfuro-cortante com material biológico Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo
CLASSIFICAR COMO VERDE

- Febre sem outros sintomas clínicos < 39°C Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- Lombalgia intensa Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- Dor abdominal sem alterações de sinais vitais Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação Enxaqueca Dor de ouvido moderada a grave
- História de convulsão sem alteração do nível de consciência Abcessos Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- Queixas crônicas sem alterações agudas Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal Coriza crônica ou recorrente
- Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- Troca de curativos ou retiradas de pontos
- Administração de medicamento Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional Solicitação de exames e receitas não urgentes
- Constipação intestinal sem outros sintomas Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Vermelho

Quinto de acidente de moto.

Amarelo

Nigra vomito, dor de cabeça, dor abdominal.

Verde

Suspeita de fratura em um suscinto tec do samu.

Azul

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

INSTRUÇÕES

REVISADA	PROVÍDENCIA SIA	Jessika Nascimento Enfermeira COREN PE 427683
CO	20 MAI 2020	Assinatura da enfermeira e carimbo
PROTOCOLO		Assinatura da Assistente Social e carimbo
AGÊNCIA RECIFE		



PÁGINA DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, à	REGISTRO:
-----------------------	------------------------------	-----------

Queridos:

Fratura de costela t/mais/ arena



Exame físico:

Arteficialmente

H.O.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

- X) Gramal 100
 - X) 360,9% face
 - X) 360,9% face
 - X) Redorfin 26+AD (IV)
- 00200905818160

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data:	SIM ()
Consulta e/ Observação	Solicitação		NÃO ()
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora:	DIAS:
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: ____ / ____ / ____

Hora: ____





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Geandro Luiz da Silva
Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 19/11/2019 a
21/11/2019

Registro: 349259

Diagnóstico: Fratura da Perna Direita.

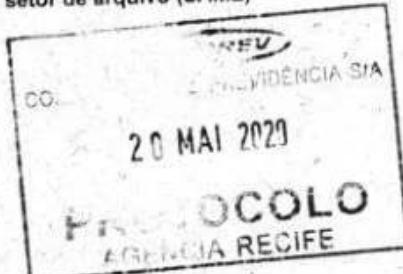
Tratamento: Cirúrgico .

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 17 de Dezembro de 2019
09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 56000-600
Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru – PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 061634

2º Via Cliente

Hospital

H. P. A

Convênio: TAC

Cidade: CAPUAPU

Nome do Paciente:

RE: GEANDOPO LUIZ DA SILVA

Data da Cirurgia: 19.11.19

Médico: D.P.

Membro Operado: TIBIA DISTAL

JAC
9 NOV. 2019

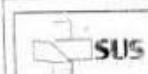
PARAFUSOS CORTICIAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.			CO	VIGÊNCIA SIA
	LOTE				20 MAI 2023
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

Victor

Cx. 160, 161





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 REGIONAL DO AGRESTE

2 - CNES
2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

4 - CNES
2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GEANDRO LUIS DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
349259

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

162118042240000260484

8 - DATA DE NASCIMENTO

1961

Masc

1 Fem

3

9 - SEXO

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Rosalva da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

—

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, N° BAIRRO)

Rua Frei Correia, 194 Centro

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

Ngaze

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PACIENTE VITIMA DE APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EVOLUINDO COM FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA

DIREITA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

5823

FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080505T93

29 - CLÍNICA / TTO CIR / FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

30 - CARÁTER DA INTERNACAO

31 - DOCUMENTO

32 - NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO (6 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO)

13/11/18

DR THIAGO PEDRO DE LIMA JUNIOR - CRM-PB-40446

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - N° DO BILHETE

46 - TEOTI

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CROR

() APOSENTADO

() VIÉNCIA SIA

CC

() SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE - 40 - 004

POCOLO
261910440305

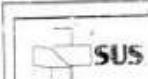
48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Wagner Soares da Silveira
CRM 7169



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 REGIONAL DO AGreste

2 - CNES
2 4 2 7 4 19

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

4 - CNES
2 4 2 7 4 19

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GEANDRO LUIS DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc

Fem

3

10 - RACA/COR
10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EVOLUINDO COM FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DOS OSSOS DA TIBIA DIREITA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

INTERNAÇÃO

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ORTOPEDIA

LURGÉNCIA

() CNS () CPF

10437743751

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARMIBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

13/11/15

DR THIAGO PEDRO DE ADALINA ALVES FONTE DE LOEIRO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - (IN)P DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE (4) 41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

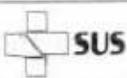
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARMIBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

20 MAI 2020

PROCOLO
AGÊNCIA RECIFE

 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 REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		2 - CNES 2 4 2 7 4 1 9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HRA</i>		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Camilo Leitão Almeida</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
10 - RAÇA/COR		11 - ETNIA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dolor intensos no peito V</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Quadro clínico agudo</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + Aranamento + EKG</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Enfermeira biliar distal</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Out. cirúrgico</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA <i>Obstetria</i>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Gleison Antônio Oliveira CRM-2021</i>		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Gleison Antônio Oliveira CRM-2021</i>	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15 NOV 2019</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>PPR</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>20 MAI 2020</i>		<i>REV PREVIDÊNCIA SPACO</i>	
PROTOCOLO AGÊNCIA RECIFE			

Data e hora retirada da senha: 19/11/2019 08:07

Nome Paciente:	GEANDRO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	16/01/1984
Sexo:	Masculino
Idade:	35
Senha:	U0011
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Periodo: 19/11/2019 08:10 - 19/11/2019 08:12

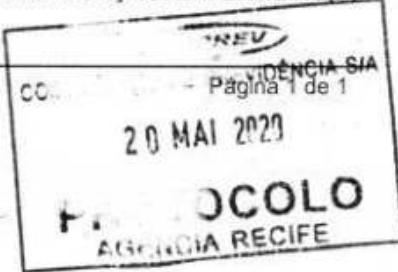
MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	QUEDA DA MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA/FIBULA EM MID HÁ 3 HORAS
Medicamento(s):	DM - HAS-
Observação:	NEGA ALERGIA
Fluxograma sintoma:	FERIDAS
Discriminador(es):	- PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/11/2019 08:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899
Número do documento: 20110410164498800000069103899

Num. 70475981 - Pág. 19

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:	HOSPITAL REGIONAL DO AGreste		
Paciente:	Eduardo LIMA de Oliveira		Nº do Registro:
Clinica:	Osteopatia		Nº do Leito
Operador:	Dr. Reiton		
1º Assistente:	2º Assistente:		
Instrumentador:	Victor Hugo		Anestesista: Dra Túlio
Anestesia:	Raquianestesia		Duração:
Data da Operação:	19/11/19	Inicio:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura tibia distal		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Operação Proposta:			
Operação Realizada:	Osteosíntese com placa anatômica para fêmur distal de quebra + OI profundo bloqueado		
DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO			
Feita em DPH, sob anestesia geral Antineptico + Analgesico + Apronca com aparelho de aspira Fimodermal Diminuindo de placa Fixação sob fluoroscopia Mito do curativo PAFPA			
Dr. Celso Spina Oliveira 19 NOV. 2019		REV. EVIDÊNCIA SIA CO 20 MAI 2020 PROTÓCOLO AGENCIA RECIFE	





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

No. 10660

ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE							REGISTRO 344250	CATEGORIA SUS
NOME HOSPITAL	Geoninho Júnior de Souza MRA			SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR Br <input checked="" type="checkbox"/> Pd <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE 35	HORÁRIO 14:50	DATA 19/11/19
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Fractura exposta perna esquerda			PESO 75 kg	PA 134 x 76	FC 78 BPM	RESPIRAÇÃO 15 IRPM	ASA I
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O mesmo			CÓDIGO CIRURGIA			PORTE %	
OPERAÇÃO PROPOSTA	Intervento em nexo							
OPERAÇÃO REALIZADA	o proposto							
	14:50	15:10	15:42	16:10				
HORÁRIO	mmmmmmX							
ELG AS RS RS								
SPO2	100/100/100/100/100/100/							
ECG								
LESIONES	<input checked="" type="checkbox"/> SP	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> RG					
	500	500						
200								
180								
160								
140								
120								
100								
80								
60								
40								
20								
0								
ANOTACOES	<p style="text-align: right;">VIDÊNCIA SIA 20 MAI 2020 OCOLÔNIA RECIFE</p>							
AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA: Propofol + remifentanil + sevoflurano					
Midazolam	3g		① Ciclo lítico ② Ventilação ③ Ponto lombor					
Fentanil	100-18		L3-L4, mediana, q. opilio 45G grande					
Bupivacaína	15mg		LCR ④ e Cloro bloquio efuso.					
Urofome	80mg							
Cetadomidina	600mcg							
Tensina com	40mg							
Resometasona	12mg							
Bimona	2g							
Ajouzedolax	4mg							
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	70 min			DURAÇÃO DA ANESTESIA:			90 min	
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSÓPIO <input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO <input type="checkbox"/> PVC <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input type="checkbox"/> S. VESICAL <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL								
ENCAMINHADO							DESTINO	
ACORDADO							PAP ON QUARTO	
ADORMECIDO								
SNOLENTO								
INTUBADO								

卷之三



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Atend:

563.217

BLOCO CIRÚRGICO

REGISTRO N° 349.259

PACIENTE: Geandro Louiz da Silva

DATA 19/11/19

SALA CIRÚRGICA N° 06

CIRURGIA: Frat. Exp. Tébia D

CIRURGÃO: Dr. Felipe + Dr. Cleiton

ANESTESIA: Sedas S + Roque

ANESTESIOLOGISTA: Dr.ª Monique Siebra

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
01	Oxigênio			04	Aguilha Descartável		
06	Áqua Destilada				Aguilha para Pendura		
02	Atropina			01	Aguilha para Raqui n° 25		
03	Bupivacaína Isobárica				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			01	Atadura Crepon		
	Conidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dexametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilerfina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostamina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
01	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
10	Soro Fisiológico			02	Fio de Nylon 2.0		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			12	Gase 7,5x7,5		
02	Tenoxicano			02	Lâmina de Bisturi		
01	Monofino			02	Luvas Estéreis 7,0		
01	Mudezoleam			06	Luvas Estéreis 7,5		
01	Fentanil			02	Luvas Estéreis 8,0		
01	Hauscetron			02	Seringa 5ml		
06	Escova			04	Seringa 10ml		
20	Compressa				Seringa 20ml		
01	Gramsofix				Sonda de Folev		
08	Touco				Sonda Endotraqueal		
08	Máscara				Sonda Nasogástrica		
08	Prope				Sonda Uretal		
02	Cloradieno			02	Tubo para Aspiração		
9x	Alcool 70%						
9x	Esparadrapo						

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

OCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Cláudio Antônio Oliveira
Médico
CRM: 20421

Assinatura do Cirurgião  Noh. 2019

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome:

Geisa Jy do seu

Prontuário:

Data:

/ /

Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fie para o

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

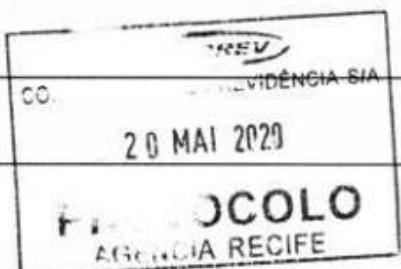
Abordagem para

TRATAMENTO REALIZADO:

*TTA
ATB + Alit + creme deixa*

Alta Hospitalar: Data: 21 11 19

Hora:



Ass. do Médico e CRM
Corimbo





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899
Número do documento: 20110410164498800000069103899

Num. 70475981 - Pág. 24



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 014801411866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	997709323	0705453	2019
NOME: GEANDRO LUIZ DA SILVA			
ENDERECO:			
CEP / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
060.673.454-35	0705453	2019	22/09/19
PLACA ANT. (UE)	CHASSI		
*****-PR	9C2EDU550KX105226		
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA	ALCOOL / GÁSOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/HOR150-150 Bros HB	2014	2014	
CAP / POT. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2p/149cL	A1/A2/E2/C	BRANCA	
DATA ÚNICA	VENC. DATA ÚNICA	VENC. / COTAS	
IPVA 2019	QUADRIAN	1 ^a	
FADA/FICA	PRATICAMENTE / COTAS	2 ^a	
1		3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
80.11	0.55	80.11	21/02/19
OBSERVAÇÕES:			
SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSPORTE			
SOCIAL	DATA		
ENZERPOS	22/02/19		
Roberto	22/02/19		
DIRETOR	22/02/19		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014801411866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GEANDRO LUIZ DA SILVA
MAFRA RUA CANCOS 107 55660-000
CABO CLEUPTRO BEZERROS-PB

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	060.673.454-35	0705453	2019	22/09/19
RENAVAM	MARCA / MODELO	ANO FAB.	CATEGORIA	Nº CHASSI
90177372	HONDA / HOR150-150 Bros HB	2014	A1/A2/E2/C	9C2EDU550KX105226
PRÉMIO TARIFÁRIO	IOP (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
700.00	0.01	40.06	740.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	ZONA DE PRATICAMENTE (R\$)		
4.05	0.52	84.58		
PAGAMENTO				DATA DE OUTAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> DATA ÚNICA				21/02/19
<input type="checkbox"/> PAGAMENTO				

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 00.045.600/0001-04

DESTINAR-SE-SEMPRE O BILHETE DE SEGURO DPVAT AO DIRETOR DE PORTOS OBRIGATÓRIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184586 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DA FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143916/20

Vítima: GEANDRO LUIZ DA SILVA

CPF: 060.673.464-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/11/2019

Titular do CPF: GEANDRO LUIZ DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEANDRO LUIZ DA SILVA : 060.673.464-35

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: 20/05/2020
Nome: GEANDRO LUIZ DA SILVA
CPF: 060.673.464-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

GEANDRO LUIZ DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/11/2020 10:16:45
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110410164498800000069103899>
Número do documento: 20110410164498800000069103899

Num. 70475981 - Pág. 27