



Número: **0069891-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GIVALDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73167773	05/01/2021 10:55	ANEXO 1	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, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462331 Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00299/00300 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14669419



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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA 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

Carta nº 14669420

Pag. 01257/01258 - carta_01 - INVALIDEZ

00020629





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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 00303/00304 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14675609





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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA 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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000015184-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorne 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

Pag. 00751/00752 - carta_15R - INVALIDEZ



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: 048.521.704-01 4 - Nome completo da vítima: Rivaldo Ferreira 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: Rivaldo Ferreira da Silva 6 - CPF: 048.521.704-01 7 - Profissão: Ave. de produção 8 - Endereço: Recanto Bom Tempo 9 - Número: 06 10 - Complemento: 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Clariana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000 15 - E-mail: ananheria.gerencia@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 3556-3771

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).

DADOS DA CONTA

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPOANÇA CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Name do BANCO: Itaú 22 - AGÊNCIA: 2918 CONTA: 15184

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 asstnalado, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (valeraz/es)? 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 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.

34 - 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 - 1ª | Nome: CPF: 39 - 2ª | Nome: CPF:

40 - Local e Data, Clariana - PE 02-08-2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 3190462331
 Nome do(a) Examinado(a): Givaldo Ferreira da Silva
 Endereço do(a) Examinado(a): VI Recanto Bom Tempo, 06 Qd Q
 Centro Goiana PE CEP: 55900-000
 Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7064048
 Data local do acidente: [17/01/2019]
 Data local do exame: [26/08/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/01/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA PARA CONTROLE DE DANOS, APRESENTA EXAME RADIOGRÁFICO ONDE NOTA-SE UMA FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FÍBULA E TÍBIA ESQUERDA COM PRESENÇA DE COMINUIÇÃO ÓSSEA EM FACE MEDIAL, APÓS 72 HORAS FOI REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO MAIS FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR 4.5 MM EM TÍBIA ESQUERDA MAIS PARAFUSOS BLOQUEADOS, DISTAIS E PROXIMAIS, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNA, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE, ALEM DE FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.
Data da Alta: 19/01/2019

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

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNA, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

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

Sim () Não

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

Sim () Não

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

**ATROFIA DA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM
 DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO JOELHO GRAU II
 DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I
 DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°
 DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°
 DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°**

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

(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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

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

Carimbo com Nome e CRM

Diogo Martins Formiga
 Dr. Diogo Martins Formiga
 Ortopedia e Traumatologia
 8085 CRM-PE / 24411 CRM-PE
 TEOT 14830






**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134001067

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2019 às 12:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 17/1/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 01, ROODOVIA PE 075, PROXIMO A LOJA DE MATERIAL DE CONSTRUCAO 2001** - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REINALDO ALVES DE MELO (OUTRO)
GIVALDO FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

GIVALDO FERREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ELZA GOMES DA SILVA Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 07/1984
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7064048/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: 1ª. **GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICIOS**
GERAIS Telefones Celulares: - **004080888**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 09, VILA BOM TEMPO, QUADRA 1903**
CEP: 0 - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

REINALDO ALVES DE MELO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

05.802.494/0001-41
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s): REINALDO ALVES DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(s): GIVALDO FERREIRA DA SILVA

1 de 2

05/04/2019 11:56

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPrevis...

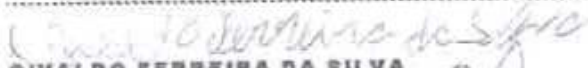
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/YES 125 ED Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HQG1348 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 214188348 Chassi: 9CDNF41LJ9H904697
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA RETRO NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO EPIGRAFE, SOFREU UM ACIDENTE ONDE O MESMO ESTAVA NA REFERIDA MOTOCICLETA, E QUE ESTAVA RETORNANDO PARA O TRABALHO ONDE O VEICULO DE PLACA DESCONHECIDA, COLIDIU COM O MESMO NA FRENTE DA MOTOCICLETA O QUAL CHEGOU A CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE TEVE AS SEGUINTE LESOES: FRATURA DA TIBIA DA PERNA ESQUERDA, A VISTA DAS DOCUMENTACOES LEGAIS, ENGERRO O PRESENTE REGISTRO.

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


GIVALDO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3870870



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 Abr 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.068-010
RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF de vítima: 4 - Nome completo da vítima:
048.521.704-01 Rivaldo Ferreira 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: Rivaldo Ferreira da Silva 6 - CPF: 048.521.704-01
7 - Profissão: Ave. de produção 8 - Endereço: Recanto Bom Tempo 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Clariana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: avensberia.garcia@gmail.com 16 - Tel. (DDD) (17) 3366-3771

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:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itau
AGÊNCIA: AGÊNCIA: 2919 CONTA: 15184

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.

Felo 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valorizar)? 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 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.

INVÁLIDIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

FESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Clariana - PE 02-08-2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Atendimento: 461564

Senha de Classificação:

0035

Data e Hora: 17/01/2019 22:47

Paciente: 122174 GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/07/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELZA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO --

5

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Problema agudo de Calosidade na mão (como aumento de volume) da 1ª MTE (Fossa Ilogota segundo mecanismo) com dor intermitente no momento. Não dificuldade respiratória.

Exame Físico

Nega derrame ou edema.

- ✓ Não há sinais de infecção. Pulso centralizado
- F. C. 15. P. 100/min
- M. 100 - 120/150
- Sinais de infecção na 1ª MTE
- Adidoneia indolente e palidez

Hipótese Diagnóstica

Fratura MTE.

Prescrição Médica

- Curso para curativo após maquiagem
- 1 ponto de sutura
- Sol. E -> Anal. Inj. + MTE.
- Levantação da ortopedia.
- Trama sang + amol. SFG. E. Ogera 22/50

05.802.494/0001-41
TRACAO SOBRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 Jan 2019
Rua da Aurora: 175, SL 902 PL. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

Setor: Soma de Curativo em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18.308

22:53 @ AO Bloco Cirurgico Sem Banco Au =
Operatório
R. M. L. 1.0 + AD EV 23/00



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000015184-2

Autenticação:

12666457F8C9DCE1FDB173494167313AD7073B179837E286A70921C436BF7936





AVENIDA CRUZ CABOÇA - N.º 1187 - SANTO AMARO RECIFE-PE
 CEP: 50040-000. Fone: (081) 3600 381 3188
 Inscrição Estadual: IS-1.001.0014198-2
 CNPJ: 09.749.035/0001-64
 Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20150610325595 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA S B NASCIMENTO
 VL RECANTO BOM TEMPO, N. 00004 - QD C - CENTRO GOIANA PE 35900-000
 INSCRIÇÃO: 052.102.153.0118.898 GRUPO: 3

01032559-3 06/2015-3

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 01032559-3

LIGADO	POTENCIAL			
AL2B22E692	04/06/2015	03/07/2015	REAL /	

ÁGUA
 LEIT. EXT.: 553 QUANTO: 8
 LEIT. ATUAL: 361
 LEIT. FAT.: 361
 ESGOTO
 LEIT. ANT.:
 LEIT. ATUAL:
 LEIT. FAT.:
 VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO	M	E	A	S	M	MÉTRICAS DE AMOSTRAS		
						EXIG. SELA POST. Nº 3.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
03/2015	77							
04/2015	80							
05/2015	83							
02/2016	17							
01/2016	31							
12/2015	80							
MEDIA	81	0						

MÉTRICA	EXIG. SELA POST. Nº 3.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
PH	10	22	22
COR APARENTE	10	22	11
CLORO RESIDUAL	40	22	22
COLIFORMES TOTAIS	60	22	30
E. COLI	60	22	32

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ATENDIDA EM 55 DAS AMOSTRAS ESPALHADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, BACTÉRIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS NO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA 08/2015	8 M3	7,20
JUROS DE MORA 03/2015 02/2015		0,27
		0,10

DES	VALOR	VALOR	VALOR
DES	7,20	1,85	0,37
COTIMB	1,05	7,80	0,35

15/07/2015 TOTAL A PAGAR 7,67

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 7 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 211,39. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A SÉRISSIMA TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emissão por: INTERNET Emissão em: 02/04/2016



ATENDIMENTO: 0800-0810195
 SAC/RELATÓRIOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 0800-2813844
 Arpe Agência de Regulação de Parcerias

15/07/2015 01032559-3 06/2015-3 7,67

CÓDIGO DE BARRAS 82820000000-5 07670018062-1 01032559501-9 0620153000940



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energia Elétrica Graus para Lei 10.091, de 20/04/02
 Comissão Energética de Pernambuco
 Av. Jânio de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50068-002
 DDD(51) 3243-0001-01 | Fax: (51) 3243-0002 | www.celpe.com.br

RAMO DO CLIENTE
SECTOR DA CATEGORIA LEITE NETO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPE: 214 918 474-49

CENTROCIANA,
 GOIANALPE
 5300-000

CATEGORIA DE CONSUMO
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

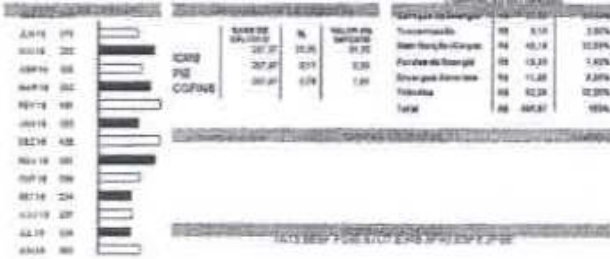
2431353019	06/2019
21/06/2019	04/07/2019
VALOR DA FATURA: 258,78	

06/2019 06/2019 06/2019

06/2019 06/2019 06/2019

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Aveia (WH)	278,000000	2,7413648	204,77
Academia Sudeira AMARELA			2,20
Cardio Gym - Polílica Municipal			28,80
CM&S Solução de CDS NF 36080888200319			2,52
CM&S Solução de CDS NF 36080888200319			1,80
Nota por serviço NF 36080888 - 080219			2,48
Nota por serviço NF 36080888 - 040419			4,71
Nota por serviço NF 36080888 - 040419			2,51
Nota por serviço NF 36080888 - 040419			1,34
Arquitetura OPA NF 36080888 - 040419			2,27
Arquitetura OPA NF 36080888 - 040419			1,42
TOTAL DA FATURA			258,78

SPAQ	TIPO DA FATURA	PERÍODO	VALOR	DATA	STATUS	DESCRIÇÃO
00000000	0000	06/2019	258,78	21/06/2019	0000	0000



CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
 O pagamento desta fatura deverá ser efetuado até o dia 05 de julho de 2019 para evitar o corte no fornecimento de energia elétrica. O valor devido é de R\$ 258,78 (duzentos e cinquenta e oito reais e setenta e oito centavos).
 O cliente é responsável por manter atualizado o endereço cadastrado para o envio de cobranças e avisos. O cliente é responsável por manter atualizado o endereço cadastrado para o envio de cobranças e avisos.
 O cliente é responsável por manter atualizado o endereço cadastrado para o envio de cobranças e avisos.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
 O valor devido em aberto é de R\$ 258,78 (duzentos e cinquenta e oito reais e setenta e oito centavos). O valor devido em aberto é de R\$ 258,78 (duzentos e cinquenta e oito reais e setenta e oito centavos). O valor devido em aberto é de R\$ 258,78 (duzentos e cinquenta e oito reais e setenta e oito centavos).
 O cliente é responsável por manter atualizado o endereço cadastrado para o envio de cobranças e avisos. O cliente é responsável por manter atualizado o endereço cadastrado para o envio de cobranças e avisos.
 O cliente é responsável por manter atualizado o endereço cadastrado para o envio de cobranças e avisos.

DESCRIÇÃO	VALOR	DATA	STATUS
000	0,00	0,00	0,00
000	0,00	0,00	0,00
000	0,00	0,00	0,00

FORMA DE PAGAMENTO MÊS 06/2019
DATA DE PAGAMENTO 21/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 258,78



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 05 JUN 2019
 Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE





AVENIDA CRUZ CARNEIRO - KM. 1397 - SANTO AMARO RECIFE PE
 CEP: 50040-000, Fone: (51) 3880 881 0195
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0013398-2
 CNPJ: 09.769.035/0001-64
 Qualidade da Água: www.compesa.com.br

319046/331

Nº Documento: 20150610325595 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARTA S S MASCIMENTO
 VL RECANTO BOM TEMPO, N. 60004 - QD Q - CENTRO GOIANA PE 55900-000
 INSCRIÇÃO: 042.108.155.0118.000 GRUPO: S

01032559-5 05/2015-J

OPÇÃO DÊB. AUTOMÁTICO: 01032559.5

PROPOSTA	PROPOSTA POTENCIAL	PROPOSTA 1	PROPOSTA 2	PROPOSTA 3	PROPOSTA 4
139400	POTENCIAL				
R12225452	04/04/2015		02/07/2015		
ÁGUA	CONSUMO: 8	ESGOTO			
LEIT. ANT.: 553		LEIT. ANT.:			VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 562		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 561		LEIT. FAT.:			

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO	PARÂMETROS	VOLUMES DE AMOSTRAS		
		EXIG. PELA PORT. Nº 8.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDIM. A LEGISLAÇÃO
02/2015 7/	TURBIDEZ	10	32	28
04/2015 5/	COM APARELHO	10	32	11
03/2015 3/	CLORO RESIDUAL	48	32	32
02/2015 1/	COLIFORMES TOTAIS	48	32	30
01/2015 3/	E. COLI	48	32	32
12/2014 2/				
MÉDIA 3/ 8				

OBSERVAÇÕES: 1) COLIFORMES TOTAIS ATENDIDA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 2) DE PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCORRIMENTO COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 501 UNIDADE	8 H3	7,20
CONSUMO DE ÁGUA 04/2015		8,27
JORNOS DE HORA 02/2015 02/2015		0,20

05-802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
 07/07/2015
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

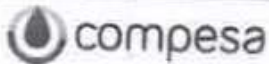
STB	7,20	7,20	7,20
COFINS	7,20	7,40	8,12
			8,38

15/07/2015

TOTAL A PAGAR: 7,67

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 8 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 224,05. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emissão por: INTERNET Emissão em: 07/09/2015



ATENDIMENTO: 0800-0810185
 SAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRICULA: 01032559-5 06/2015-3

TOTAL A PAGAR: 7,67

15/07/2015

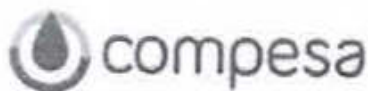
CODIGO DE BARRAS
 82820000000-5 07670018062-1 01032559501-9 06201530003-0

VIA COMPESA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CARNEIRO - N.º 1197 - SAPO ANGÁO RECIFE-PE
 CEP: 53040-000, Fone: (0811) 9400 381 3195
 Inscrição Estadual: 18-1.001.0014399-2
 CNPJ: 09.799.030/0001-64
 Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 2019010399440 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELCÍLIO DA COSTA LEITE NETO
 E DO CAXIAS, N. 00170 - CASA-2 - CENTRO GOIANA PE 53900-000
 INSCRIÇÃO: 082.490.783.0134.000 GRUPO: 13 OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 01039944.0

LIGADO	POTENCIAL		
AL27143548	09/03/2019	07/04/2019	SEAL /

ÁGUA	ESGOTO
LEIT. ANT.: 143	LEIT. ANT.: 1
LEIT. ATUAL: 146	LEIT. ATUAL: 1
LEIT. FAT.: 145	LEIT. FAT.: 1

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

02/2019	17	0
03/2019	17	0
04/2019	07	0
05/2019	17	0
06/2019	17	0
07/2019	17	0
08/2019	17	0
09/2019	17	0
10/2019	17	0
11/2019	17	0
12/2019	17	0
01/2020	17	0
02/2020	17	0
03/2020	17	0
04/2020	17	0
05/2020	17	0
06/2020	17	0
07/2020	17	0
08/2020	17	0
09/2020	17	0
10/2020	17	0
11/2020	17	0
12/2020	17	0
01/2021	17	0
02/2021	17	0
03/2021	17	0
04/2021	17	0
05/2021	17	0
06/2021	17	0
07/2021	17	0
08/2021	17	0
09/2021	17	0
10/2021	17	0
11/2021	17	0
12/2021	17	0
01/2022	17	0
02/2022	17	0
03/2022	17	0
04/2022	17	0
05/2022	17	0
06/2022	17	0
07/2022	17	0
08/2022	17	0
09/2022	17	0
10/2022	17	0
11/2022	17	0
12/2022	17	0
01/2023	17	0
02/2023	17	0
03/2023	17	0
04/2023	17	0
05/2023	17	0
06/2023	17	0
07/2023	17	0
08/2023	17	0
09/2023	17	0
10/2023	17	0
11/2023	17	0
12/2023	17	0
01/2024	17	0
02/2024	17	0
03/2024	17	0
04/2024	17	0
05/2024	17	0
06/2024	17	0
07/2024	17	0
08/2024	17	0
09/2024	17	0
10/2024	17	0
11/2024	17	0
12/2024	17	0
01/2025	17	0
02/2025	17	0
03/2025	17	0
04/2025	17	0
05/2025	17	0
06/2025	17	0
07/2025	17	0
08/2025	17	0
09/2025	17	0
10/2025	17	0
11/2025	17	0
12/2025	17	0
01/2026	17	0
02/2026	17	0
03/2026	17	0
04/2026	17	0
05/2026	17	0
06/2026	17	0
07/2026	17	0
08/2026	17	0
09/2026	17	0
10/2026	17	0
11/2026	17	0
12/2026	17	0
01/2027	17	0
02/2027	17	0
03/2027	17	0
04/2027	17	0
05/2027	17	0
06/2027	17	0
07/2027	17	0
08/2027	17	0
09/2027	17	0
10/2027	17	0
11/2027	17	0
12/2027	17	0
01/2028	17	0
02/2028	17	0
03/2028	17	0
04/2028	17	0
05/2028	17	0
06/2028	17	0
07/2028	17	0
08/2028	17	0
09/2028	17	0
10/2028	17	0
11/2028	17	0
12/2028	17	0
01/2029	17	0
02/2029	17	0
03/2029	17	0
04/2029	17	0
05/2029	17	0
06/2029	17	0
07/2029	17	0
08/2029	17	0
09/2029	17	0
10/2029	17	0
11/2029	17	0
12/2029	17	0
01/2030	17	0
02/2030	17	0
03/2030	17	0
04/2030	17	0
05/2030	17	0
06/2030	17	0
07/2030	17	0
08/2030	17	0
09/2030	17	0
10/2030	17	0
11/2030	17	0
12/2030	17	0
01/2031	17	0
02/2031	17	0
03/2031	17	0
04/2031	17	0
05/2031	17	0
06/2031	17	0
07/2031	17	0
08/2031	17	0
09/2031	17	0
10/2031	17	0
11/2031	17	0
12/2031	17	0
01/2032	17	0
02/2032	17	0
03/2032	17	0
04/2032	17	0
05/2032	17	0
06/2032	17	0
07/2032	17	0
08/2032	17	0
09/2032	17	0
10/2032	17	0
11/2032	17	0
12/2032	17	0
01/2033	17	0
02/2033	17	0
03/2033	17	0
04/2033	17	0
05/2033	17	0
06/2033	17	0
07/2033	17	0
08/2033	17	0
09/2033	17	0
10/2033	17	0
11/2033	17	0
12/2033	17	0
01/2034	17	0
02/2034	17	0
03/2034	17	0
04/2034	17	0
05/2034	17	0
06/2034	17	0
07/2034	17	0
08/2034	17	0
09/2034	17	0
10/2034	17	0
11/2034	17	0
12/2034	17	0
01/2035	17	0
02/2035	17	0
03/2035	17	0
04/2035	17	0
05/2035	17	0
06/2035	17	0
07/2035	17	0
08/2035	17	0
09/2035	17	0
10/2035	17	0
11/2035	17	0
12/2035	17	0
01/2036	17	0
02/2036	17	0
03/2036	17	0
04/2036	17	0
05/2036	17	0
06/2036	17	0
07/2036	17	0
08/2036	17	0
09/2036	17	0
10/2036	17	0
11/2036	17	0
12/2036	17	0
01/2037	17	0
02/2037	17	0
03/2037	17	0
04/2037	17	0
05/2037	17	0
06/2037	17	0
07/2037	17	0
08/2037	17	0
09/2037	17	0
10/2037	17	0
11/2037	17	0
12/2037	17	0
01/2038	17	0
02/2038	17	0
03/2038	17	0
04/2038	17	0
05/2038	17	0
06/2038	17	0
07/2038	17	0
08/2038	17	0
09/2038	17	0
10/2038	17	0
11/2038	17	0
12/2038	17	0
01/2039	17	0
02/2039	17	0
03/2039	17	0
04/2039	17	0
05/2039	17	0
06/2039	17	0
07/2039	17	0
08/2039	17	0
09/2039	17	0
10/2039	17	0
11/2039	17	0
12/2039	17	0
01/2040	17	0
02/2040	17	0
03/2040	17	0
04/2040	17	0
05/2040	17	0
06/2040	17	0
07/2040	17	0
08/2040	17	0
09/2040	17	0
10/2040	17	0
11/2040	17	0
12/2040	17	0
01/2041	17	0
02/2041	17	0
03/2041	17	0
04/2041	17	0
05/2041	17	0
06/2041	17	0
07/2041	17	0
08/2041	17	0
09/2041	17	0
10/2041	17	0
11/2041	17	0
12/2041	17	0
01/2042	17	0
02/2042	17	0
03/2042	17	0
04/2042	17	0
05/2042	17	0
06/2042	17	0
07/2042	17	0
08/2042	17	0
09/2042	17	0
10/2042	17	0
11/2042	17	0
12/2042	17	0
01/2043	17	0
02/2043	17	0
03/2043	17	0
04/2043	17	0
05/2043	17	0
06/2043	17	0
07/2043	17	0
08/2043	17	0
09/2043	17	0
10/2043	17	0
11/2043	17	0
12/2043	17	0
01/2044	17	0
02/2044	17	0
03/2044	17	0
04/2044	17	0
05/2044	17	0
06/2044	17	0
07/2044	17	0
08/2044	17	0
09/2044	17	0
10/2044	17	0
11/2044	17	0
12/2044	17	0
01/2045	17	0
02/2045	17	0
03/2045	17	0
04/2045	17	0
05/2045	17	0
06/2045	17	0
07/2045	17	0
08/2045	17	0
09/2045	17	0
10/2045	17	0
11/2045	17	0
12/2045	17	0
01/2046	17	0
02/2046	17	0
03/2046	17	0
04/2046	17	0
05/2046	17	0
06/2046	17	0



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 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, GERCINO RAMOS DOS ANJOS
 RG nº 4.777.382, data de expedição 02/07/95
 Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 038.965.884-78
 com domicílio na cidade de GOIANA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA OA, nº 37,
 complemento CARNE DE VACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
GIVALDO FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era
GIVALDO FERREIRA DA SILVA
 Veículo: MOTOCICLETA Modelo: JTA/SUZUKI EN 125YB Ano: 2009
 Placa: NBC 1345 Chassi: 9CDNF41LJ9M304697
 Data do Acidente: 17/01/19

Local e Data:

GOIANA/PE, 30 DE JULHO 2019

Gercino Ramos dos Anjos
Assinatura do Declarante

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

05.802.494/0001-41
THACIÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
B-5 1111 7119

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 302 Bl. C
Bom Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE

Serviço Notarial e Registral do 5º Ofício Cartório Maria Helena
 Rua De Manoel Batista, 100 - Boa Vista - Recife - Pernambuco - PE - e-mail: maria.helena@cartoriope.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: GERCINO RAMOS DOS ANJOS, Dou fé,
 Goiana, 01/08/2019, Em test. [Assinatura] da verdade. A tabelê
 Lemol. R\$ 3,69, TPA R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, FERR R\$ 0,04,
 FUNSEG R\$ 0,08. Selo: 0077628-PH07201903-00738
 Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ESCRITÓRIA



Atendimento: 461564

Data e Hora: 17/01/2019 22:41

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 122174 GIVALDO FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 06/07/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: ELZA GOMES DA SILVA Nome do Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12348
 Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO -- 6 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: GOIANA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
 Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
 Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal
 Paciente vítima de lesão na mão/canoa acidentado com
 dor em MJE (Fêmur esquerda segundo metacarpo) dor de
 movimento no membro. Há dificuldade respiratória

Exame Físico Nega derrame ou contusão.
 A: sem sinais de trauma - pele normal B: FC 115. Pulso: normo
 C: MVE - MVE 1524 E: Admissão imediata a polímero
 D: Sinais de trauma em MJE

Hipótese Diagnóstica
 Fratura MJE.

Prescrição Médica
 Curativo, pele normal após maceração
 1 parafuso de fixação.
 Sol. L -> MJE, MJE e MJE.
 Realização da osteopatia.
 Imobilização com + 100ml SFG; Em 02/19

05.802.494/0001-41
 TRACÃO EMBRETEIRA
 DE SEGUROS LTDA
 05/10/2019
 Rua da Aurora: 14175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
 () Transferido Para _____
 () Encaminhado ao setor de internação

Setor de Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PE 18.389

22:53 AO Holo Urgência Sem Dorso Au:
 Operatório
 A.M. - 1.4 + AD EV 23/00



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/01/2019 22:41

 Nome Paciente: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente: 122174
Data de Nascimento: 06/07/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 461564 
SAME: 109060

CG -
07199

Período: 17/01/2019 23:08 - 17/01/2019 23:11

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**
Cor: **VERMELHO**
Queixa Principal: PACIENTE DEU ENTRADA PELA VERMELHA VITIMA DE COLISÃO MOTO -CARRO NEGA VÔMITOS E DESMAIOS C/ESCORIAÇÕES C/ FRAT. EXPOSTA EM MIE C/SANGRAMENTO ATIVO PACIENTE HIPOCORADO EM AR AAMBIENTE / SINAIS AFERIDO PELO SAMU
Observação: VINDOC/ SAMU / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA /DM /; HAS / ASMA / CARDIOPATIA /AVCI
Fluxograma sintomá: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 9
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 120.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Nota:
Fx Exposta
em MIE
2000
2006143

Mauricelia 2006143
REVISADO
MAURICIA

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

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/01/2019 23:11



Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 481585
Carteira: Idade: 37 Anos 12 Dias 1 Hora
Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 122174
Convênio Atend: 1
Lata: 039
Cl. Início: 18/01/2019 00:02
Cl. Fim: 18/01/2019 00:58
Cl. Pré-Operatório: S622
Cl. Pós-Operatório:

910-02

Procedimentos

DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNAÇÃO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

RUIVO ANESTESISTA
16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO
15337 SIMONE SALGADO RODRIGUES

Descrição

Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
CIRURGI: ALESSIA CIRURGICA - DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
CIRURGO: DR. SORMANE DE CARVALHO BRITTO
TRAUMATOLOGIA: DR. THOMAS WINDONGA
ANESTESISTA: SRA. SIMONE SALGADO
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

1. REALIZAÇÃO DE RAQUI ANESTESIA, ASSÉPTICA E ANTIBIÓTICA DE M.E.
2. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
3. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
4. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
5. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
6. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
7. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
8. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
9. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA
10. REALIZAÇÃO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA

Atividade Cirúrgica

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
- Médica Residente
CRM-PE 24072

DR(A): SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 Jan 2019

Rua da Aurora, Nr. 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **461565**

Usuário: ADRIANABP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GIVALDO FERREIRA DA SILVA	Prontuário: 122174		
Idade: 37a 6m 12d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 06/07/1981
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP 55900974
Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO	, 6	- CENTRO	- GOIANA - PE
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 17/01/2019 23:18		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Piano: GERAL		
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO - EXTRA 00E	
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL			

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 23 / 01 / 19 Hora da Alta: _____ :

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: bons condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta diafísica de tíbia (E)

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: LC + DC + RFFI com HJM

**REVISADO
CGIH-HIMA**

Médico e CRM:

Y Patrícia da Silva da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos, (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico) e laboratoriais que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Plantonista Cirurgião de Emergência
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

05.802.40478-01
TRACÃO CORREIOS
DE SEGUROS LTDA
05/01/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Jaguaribe - PE - CEP: 53.060-010
RECIFE-PE



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 481564 Prontuário: 122174 SAME: 109060 Hora Atend: 22:47 Data Atend: 17/01/2019
Paciente..... : GIVALDO FERREIRA DA SILVA Idade: 37 a
Endereço..... : QUADRA E VILA BOM TEMPO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900874
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/01/2019 Hora Saída : 23:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DIAGNOSTICO
ENF MAURUCEIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 Jan 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.760-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 18339
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Isolda Ferraz Silva REG: 122174
 CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
17/01/19 22:56	# SOT # Paciente com Fratura exposta do MIE sustentáculo ou Bloco Cruzado para fraturas Cruzado de Emergência
18/01/19 10:25	# SOT # Paciente com Deformação Intermédio - Fratura Externa da tíbia com fratura (C) e LC + DC Deformação articular, oventado, com dor em repouso no artrocentese (C) Alça Mediana dos Puntos (C) no Membro Inferior
20/01/19	# SOT # HO. As mesmas Paciente segue estável, sem queixas Sem intercorrências Em uso de Opióide lab: 19/01 Hb: 11,3 Ht 32 Ao exame: RES, LOTE, epnéico normocardíaco

Dx Sormão de Carvalho Brito
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 10339

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.064-010
RECIFE-PE

tec. res, edema +/4+
fo limpa e seca
co: Bloco amarelo

Dr. Isolda Ferraz Silva
CRM-PE 20119



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54132 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 122174 GIVALDO FERREIRA DA SILVA Atendimento : 461565
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 68 ORTL-510-LEITO 002 Idade : 37 Anos 15 Dias 21 Horas
Dt. Inicio : 21/01/2019 18:00 Dt. Fim : 21/01/2019 20:50

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 15570 ROMERO MONTENEGRO NERY
ANESTESISTA 11489 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: PO REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO EXTERNA LINEAR EM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE HIM BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR ROMERO NERY
1º AUXÍLIO: DR PEDRO CUNHA
2º AUXÍLIO: DR IGOR ALCENOR
ANESTESISTA: DRA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
5. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 9, 10 E 11;
COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 10 X 38;
6. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
7. LIMPEZA COM SF 0,9%;
8. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
9. CURATIVO ESTERIL;
10. CONTROLE COM RX;
11. OBSERVADA BOA PEFUSÃO DISTAL E MIE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DR(A) : ROMERO-MONTENEGRO NERY
CRM : 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
IDADE: 37 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 17/01/19

REG: 122174

DATA DA ALTA: 23/1/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 17/01/19: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Marciana Cavalcanti
Ortopedista e Traumatologista
Médica Fisioterapeuta
CRM-PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN 2019

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

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





510-02

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

IDADE: 37 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 17/01/19

REG: 122174

DATA DA ALTA: 23/1/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 17/01/19: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOZE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 4913

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 107 209

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL
Recife - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

5102

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente				6 - Nº Fronteiriço	
GIVALDO FERREIRA DA SILVA				122174	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708509182993149	06/07/1981	Masculino [X] Feminino []	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe				12 - Telefone de Contato	
ELZA GOMES DA SILVA				8198993910	
13 - Nome Responsável				14 - Telefone de Contato	
POLLYANA					
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
QUADRA E VILA BOM TEMPO, 6 - CENTRO					
16 - Município		17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
CANANA		260620	PE	55900974	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR E FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NA PERNA ESQUERDA

21 - Condições que justificam a internação
INTERNOAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RX + EXAME FÍSICO

5.802.494/0003-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	S822	V213	V239

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESÃO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	0408050225

29 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	2	(X) CNS () CPF	980910278437533
34 - Data da Solicitação		35 - Assinatura do Profissional Solicitante no Conselho	
17/01/2019		CRM-PE 16.339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
39 - () Acid. Trabalho Atípico	45 - Vínculo com a Previdência		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

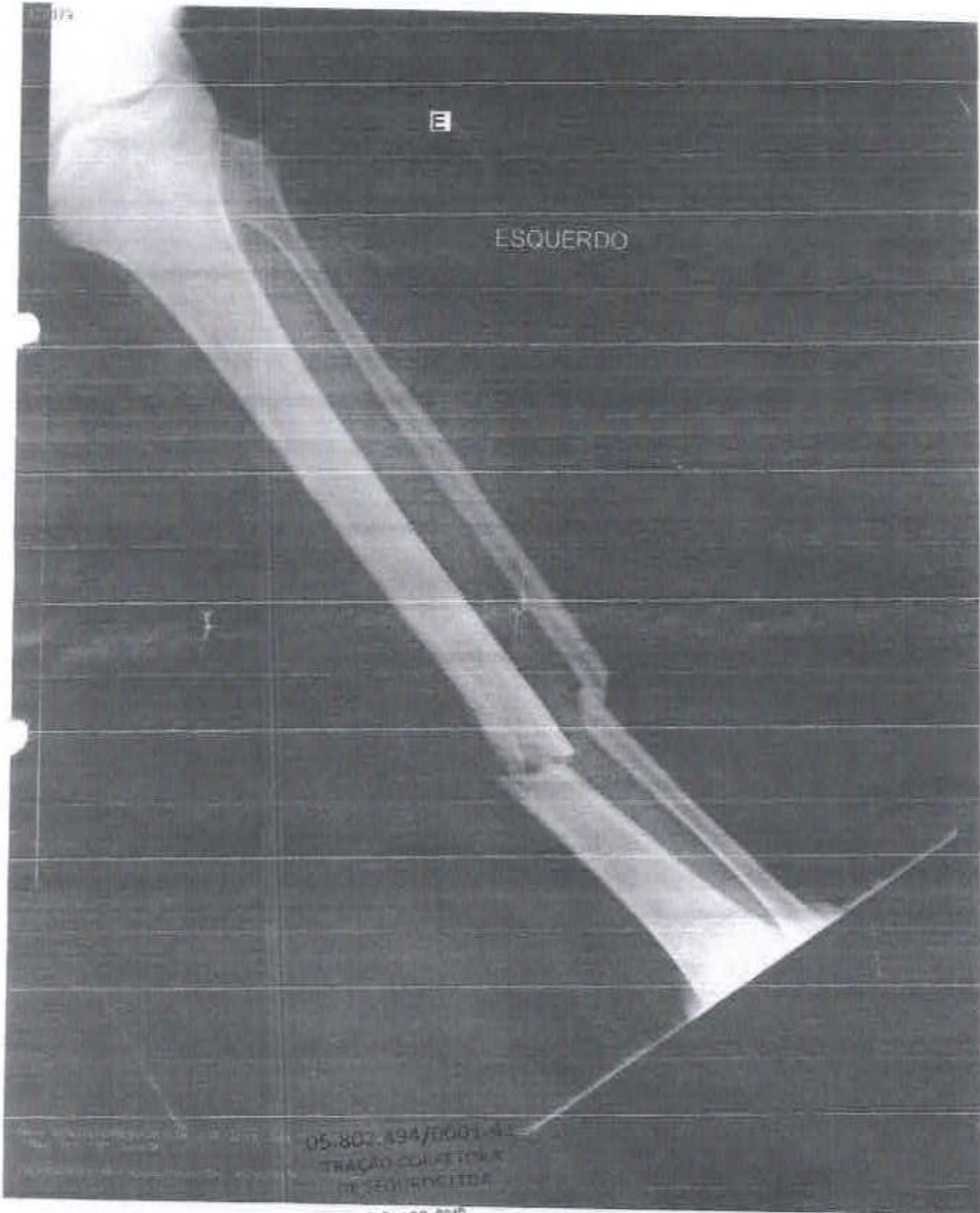
AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor
	E26000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Dr. Sormane de Carvalho Britto Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 16.339

19
AIH
261910213268-0
26
AIH
261910213269-1

Código do Laudo: 461564






Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

05-802-494/0001-412
TRAÇÃO CONJUNTA
DE SEGUNDEIRA

05 JAN 2019

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

 hma.limp.org.br



Serviço de Imagem
Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma

Estrada da Fazenda S/N, Jaqueiribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617
hma.imp.org.br



E

ESQUELDO

05.802.494/0001-47
47.000/464.208.50

TRACOR COLETORIA
DE SEGUROS LTDA

BLVD LUIZ 5 0

Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

MIGUEL ARRAGES
HOSPITAL



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/01/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	17/01/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Carvaldo Ferreira da Silva.		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	fratura do osso da mão Eq (exposto).		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	limpeza e desbridamento cirúrgico com fixação externa da tíbia e punho 18/01/19. osteossíntese com haste intramedular em 21/01/19. Fisioterapia motora 30 sessões.		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1° Dor, edema, déficit de força e ADM
2° no joelho e tornozelo Eq. Atrofia
3° muscular da coxa e panturrilha
4° Perda funcional de 50% no membro
5° inferior Esquerdo

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 11/06/19 a 11/06/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Boiana PE DATA: 11/06/19

ASSINATURA E CARIMBO
 DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 CRM: 15000/00071725502

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 05 1507 2019
 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 100 719

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462331 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNA, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 7.064.040 CPF: 047.521.704-01
Profissão: AUXILIAR DE PESQUISA
Estado Civil: SOLTEIRO
End: Vila Recanto Bom Tempo, 06, QD A

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima GIVALDO FERREIRA DA SILVA
acidente: 17.01.2019
cobertura: Integridade

GOIANA / PE, 07 de MARÇO de 2019.

Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura por Autenticidade

 Serviço Notarial e Registral do 2º Oficial Cartório Maria Helena
Rua De Manoel Teófilo, nº 100 - Fica - Jangadeiro - Goiana - PE - e-mail: maria.helena@cartoriope.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de GIVALDO FERREIRA DA SILVA,
Doj. de Goiana 07/03/2019, Em testemunho 4 da verdade. A labelê
Vilma Joaquina de Lima
Emol R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Seio
0077628 JOC02201901.00801 consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seiodigital



Vilma Joaquina de Lima
Escrivente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 Aço 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 7.064.040 CPF: 048.521.704-01
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO
Estado Civil: SOLTEIRO
End: Vila. Ricardo Rom Tempo, 06, Qd A, Centro, Goiânia - PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiânia-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima GIVALDO FERREIRA DA SILVA.

acidente: 17-01-2019
cobertura: Invalidez

GOIÂNIA / PE, 07 de MARÇO de 2019.

Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura por Autenticidade

Serviço Notarial e Registral do 8º Ofício Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Saraiva nº 141, Boa Vista (55) 3022-1111 - 55050-000 - PE - www.servicodigitalpe.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
Do(a) Goiania, em 07/03/2019, em testemunho 4 da verdade. A labelê
Givaldo Ferreira da Silva
Emol: R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79 - Selo:
0077828.JOC02201801.00801 consulte autenticidade em www.
tpe.jus.br/seicdigital

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 AÇO 2019

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

Vilma Joaquim de Lima
Escritora



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264983/19

Número do Sinistro: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 048.521.704-01

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Procuração

GIVALDO FERREIRA DA SILVA : 048.521.704-01

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: 09/08/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

