



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
73167 773	05/01/2021 10:55	<u>ANEXO 1</u>



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: LUIZ 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

00040150

Carta n° 14669419



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - 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, 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, 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 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



00040152

Carta nº 14675609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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 ind

informações abaixo:

Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Código: 5.7 - 600

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:			
	048.521.404-01	Euvaldo Ferreira da Silva			

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
Euvaldo Ferreira da Silva		048.521.404-01	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
aux. de produção	Vila Recanto Bom Tempo	06	qd q
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Oiapoca	PE	55900-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDO):		
assessoria.oipoca@gmail.com	(81) 3266-3771		

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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	

21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Name do BANCO: Itaú	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 invalides permanentes, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input checked="" 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.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E.194/76, 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(s):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viverá)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: 05.802.494/0001-4 TRAJAN CORRETORA DE SEGUROS LTDA Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: 05.111.910-0 Assinatura da testemunha 40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--	---

40 - Local e Data, _____
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**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 COMINUICAÇÃO OSSEOA EM FACE MEDIAL, APOS 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 PRÓXIMAS, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARATER 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 HIPERTROFICO EM FACE MEDIAL DA Perna, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXILIO 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 HIPERTROFICO 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 AUXILIO 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 sequela (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 sequela 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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Tiago Martins Formiga

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Boletim de Ocorrências

file:///C:/Users/Polícia Civil/Downloads/BOF Preso



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044^a CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP 44^a CIRC DINTER 1/11^o DESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N°. 19F0134001067

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, 61, RODOVIA PE 075,
PROXIMO A LOJA DE MATERIAL DE CONSTRUCAO 2001 - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) no assunto:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
REINALDO ALVES DE MELO (OUTRO)
GIVALDO FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvidos na ocorrência:

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

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

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GOIANA, 88, VILA BOM
CEP: 5 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

REINALDO ALVES DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Idade: Desconhecida / Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERMANEUGO / Etnia: Desconhecido / Escolaridade: Desconhecida

(RG) Estado
DE SERVIÇOS
05-802-494/0001-41
A E 102 CAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
115 AM 3140
do Civil:
Rua da Aurora, nº 175 - SL 902
Boa Vista - CEP 50.000-000
RÉCIFE-PE



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escalada: -----
DESCONHECIDO

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

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

1 de 2

05/04/2019 11:56

Boletim de Ocorrência

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

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

Placa: HQG1348 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 214186348 Chassi:
9CDNF41LJ0M304697

Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010 Combustível: GASOLINA

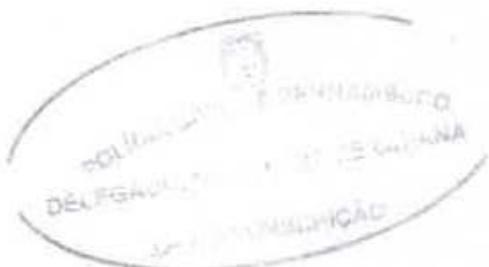
Complemento / Observação

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 VEÍCULO
DE PLACA DESCONHECIDA, COLIDIU COM O MESMO NA FRENTES DA MOTOCICLETA O
QUAL CHEGOU A CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL
MIGUEL ARRAES, QUE TEVE AS SEGUINTE LESÕES: FRATURA DA TIBIA DA Perna
ESQUERDA, A VISTA DAS DOCUMENTAÇÕES LEGAIS, ENGERRO O PRESENTE
REGISTRO.

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

Givaldo Ferreira da Silva
GIVALDO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3870579



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 MAR 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:			
	048.521.704-01	Euvaldo Ferreira da Silva			

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
Euvaldo Ferreira da Silva		048.521.704-01	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
aux. de produção	Vila Recanto Bom Tempo	06	qd q
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Oiapoca	PE	55900-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDO):		
assessoria.oipoca@gmail.com	(81) 3266-3771		

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: Itau
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: 2918 CONTA: 15184 2
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 invalides permanentes, uma vez que: (assinalar uma das opções):	
<input checked="" 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.	
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E.194/76, 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

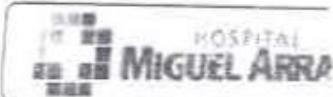
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viverá)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
			39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
		Oiapoca - PE 02-08-2019	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
		Euvaldo Ferreira da Silva -	43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 461564

Senha da Classificação:

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

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: 12345

Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO

B

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

Doença vírica de calvície hirsuta (corte agressivo das unhas) MIE (então levado a um hospital de emergência no mesmo dia). Dificuldade respiratória.

Exame Físico: Neve duração curta.

Exame clínico: Palpação cervical

FECHA PELVICO-SC
Aldanu miliar e palpebra

Hipótese Diagnóstico

Favíula MIE.

Prescrição Médica

Banda elástica cervical apesar da manutenção de 05.07.494/0001-41
 - Sol. E → MINI MUMA + MIE.
 - Laringo da estomia.
 - Tamol 100mg + 100ml SFG 91. Faz operação 22:50

Assinatura e Carimbo/Médico

Setor: SORRISO DENTAL BOB
 CRM/PE 16.336
 Data: 05/01/2021

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

22:53 01/01/2021 22:50
 01/01/2021 22:50
 01/01/2021 22:50



ITAU - 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 11



AVENIDA CRUZ CABOGA - NÚM. 1387 - BANCO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone/Fax: (81) 3600-0811/3135
Inscrição Estadual: IS-1.001.0014398-2
CRMJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20130610325595 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

Maria e o Nascimento
VL. MARCANTO BOM TEMPO, 36 - QD. Q - CHAMPO GOIANA PE 33900-000
INSCRIÇÃO: 005.162.155.0118.658

GRUPO: 9

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01032559.5

01032559.5 06/2015-3

LIGAÇÃO	POTENCIAL	DATA	VALOR
0129222692	04/06/2015	03/07/2015	REAL /
ÁGUA			
LEIT. ANT.: 553	QUADRTO: 8	LEIT. ANT.:	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 561		LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 561		LEIT. FAT.:	
ESTADÍSTICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO			
01/2015 1/			
02/2015 2/			
03/2015 3/			
04/2015 4/			
05/2015 5/			
06/2015 6/			
PARÂMETROS		HISTÓRICO	
		EXIG. NELA PORT. MS 2.854/11	ANALISES REALIZADAS
TURBIDEZ		10	32
COR APARENTE		10	32
CLORO RESIDUAL		40	32
COLIFORMES TOTAIS		40	32
E.Coli		40	32
OBSEVAÇÕES:		(1) COLIFORMES TOTAIS ANALISADA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, EXCLUIRÁ CLO. E CLO. RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES AQUECIMENTO/AQUECIMENTO DA ÁGUA.	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA	CONSUMO DE ÁGUA	VALOR R\$
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	00/2015	0,20
JUROS DE MORA	03/2015 02/2015	0,27
		0,47

CONSUMO POR FAIXA

	0 MJ	0,20
	1 MJ	0,27

01/2015	1,20	1,60	0,12
02/2015	1,20	1,60	0,12

15/07/2015

TOTAL R\$ 7,67

7,67

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

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/08/2015



ATENDIMENTO: 0800-0810155
VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41 Arpe Agência de Regulação de Peixes
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 0800-2813844
05 1000-01032559.5 06/2015-3

15/07/2015

CÓDIGO DE BARRAS

82820000000-5 07670018062-1 01032559501-9 0620153000900 RECEIT

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Rua da Aurora, nº 175, 9º andar
Bairro: Boa Vista - CEP: 50.060-010

VIA CORREIA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502

Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 12



*Tanto Soñar la Energía Renovable: Crónica para la UNAM, año 2004-05.

Dynacore Energias de Pernambuco
Av. 20 de Setembro, 111 - São Vicente - PE, CEP 50160-942
Cidade: 11 3202-2200/01-2200-0000
E-mail: contato@dynacore.com.br

**SACOS DE PAPEL
MEIA PCTA CUSTALFETE NETO**

CBG 214 999 674-42

EDUCATIONAL MANAGEMENT

CENTRO-EGIPTO
GOIANA/PF
1999/2000

CLASSIFICAÇÃO
DE CONTEÚDO
OUTROS REVISORES/EDITALS/INDEXES

2431553019 14/12/2019

卷之三十一

THE AMERICAN JOURNAL OF

258

[View Details](#)

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Águas Vivas	375.000000	0,74193618	284,77
Artesanato Sustentável AMARELA			3,20
Caneta Lápis Polimérica Municipal			29,80
ICMS Sobrepreço CDS-AP (0000000000000018)			2,22
ICMS Sobrepreço CDE-AP (0000000000000418)			1,08
Materiais de escritório - Descrição			4,48
Materiais de escritório - Descrição			4,71
Outros perifericos-OF (0000000000000418)			2,51
Outros perifericos-OF (0000000000000218)			1,84
Periféricos ICPM-AP (000000000000040478)			2,27
Periféricos ICPM-AP (0000000000000218)			1,43

TOTAL DE PÁGINAS 2087

Nº CED	TIPO DE PERSONA	DNI (000.000)	DIRECCION	LETRAS (000.000)	ESTADO 30-09-2018	TOTAL 1.473.010	Nº CED Total	CONSTANTE (0000)	AJUSTES	DETALLE DE VALORES	
										DEBERES	DEUDAS

Quando o menor de 12 anos de idade é submetido a um exame de TAC, deve ser informado que esse exame é seguro e que não causa dor. Deve-se informar que o TAC é feito com a ajuda de um aparelho que faz muitas fotos de dentro do corpo. Essas imagens são usadas para diagnosticar doenças. O TAC é feito com a ajuda de um aparelho que faz muitas fotos de dentro do corpo. Essas imagens são usadas para diagnosticar doenças.

www.nature.com/scientificreports/ | (2022) 12:1030 | Article number: 1030

ATENÇÃO! A CÓPIA DUPLO-EXTRA GOSTARIA DE SER PEGADA

Són economes i culte a la quantitat, però no necessàriament són així i s'aprenen a ser-ho en el seu entorn social. Diverses àrees d'estudi del comportament han estat en l'últim temps de l'interès, particularment els processos de socialització, encara que es considera que el canvi social no es pot explicar només per la socialització.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 AM 21/9
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Box Vista - CEP: 50.060-010
MERCOSUL



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 13



AVENIDA CRUZ CANUBA - N° 1391 - SANTO ANGELO - RIO GRANDE DO SUL - CEP: 96040-000. Fone: (082) 3000 281 2195
Inscrição Estadual: IE-RS-001.0014399-2
CNPJ: 02.769.535/0001-61
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20100310399440 Escritório: GOIANÁ
FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

INÍCIO DA CONTA: LEITURA MÍDIA
E DO CAIXA: R. 00130 - CENTRO GOIANÁ RS 55970-000
IMBRAÇÃO: 088.480.783.0134.000 GROUPO: 13

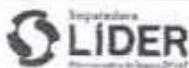
01039944.0 03/2019-2

opção pós: AUTOMÁTICO: 01039944.0

LIGADO	POTENCIAL			
A122143548	08/03/2019	07/04/2019	ESTAD. /	
ÁREA: LEIT. ANT.: 343 LEIT. ATUAL: 345 LEIT. FRT.: 344	CORDEIRO: I	ESGOTO: LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FRT.:	VOLUME: 0	
REGISTRO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CORTE		PARÂMETROS		
01/2019 17 0 0		NÚMERO DE AMOSTRAS		
02/2019 17 0 0		EXG. PELA PONT. NR 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	APENAS A LEGISLAÇÃO
12/2018 67 0 0		46	44	44
11/2018 17 0 0		46	44	44
10/2018 17 0 0		46	44	44
08/2018 17 0 0		46	44	44
06/2018 17 0 0		46	44	44
MÉDIA 47 0 0		46	44	44
OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ACHADOS EM 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, BACTERIOLOGIA CHL X CLORO RESIDUAL NÃO INTERFEREM nas CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) Os PARÂMETROS CHL e TURBIDEZ NÃO INDICAMOS NAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$	
ÁGUA COMMERCIAL 000 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA PARCELAGEM DE DIREITOS FAIXA 1/3		1 87	60,75 27,13	
		20/05/2019	87,88	

Exibido para: INTERNET	Exibido em: 03/05/2019
 ATENDIMENTO: 0800-0810185 VAI-A-ENTRAR: 0800-0810185 20/05/2019	
05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETOHA DE SEGUROS LTDA 01/01/2019 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C São Vista - CEP: 50.060-010 82850000000-0 87620018062-0 01039944001-9 03203920003-8	
 0800-2813844 01039944.0 03/2019-2 87,88 VIA COMPESA	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outros regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 08 | Central Dúvidas: 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 01, 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 EN125YK Ano: 2009

Placa: NAC 1345 Chassi: 9CDNFU1LJ9M304697

Data do Acidente: 17/01/19

Local e Data:

Goiana/PE, 30 de Julho 2019

Gericino Ramos dos Anjos

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.111.719

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Baixa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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



Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena

Site: www.cartoriorh.com.br | Rua Dr. Mário Ribeiro, 101 - Recife/PE - 50010-000 | Fone: (81) 3222-0000

Reconheço Por Autenticidade a firma de: GERCINO RAMOS DOS ANJOS, Douft.
Goiânia, 01/08/2019. Em test. [Assinatura] da verdade. A tabelião

E-mail: rgm1984@bol.com.br | Telefone: (81) 3222-0000 | WhatsApp: (81) 98111-1111

FUNSEG R\$ 0,08 - Selo: 0077628-PH307001003-00738 | Consulta: www.tjepe.jus.br/seledigital

Autenticidade em www.tjepe.jus.br/seledigital

LSC10V811A

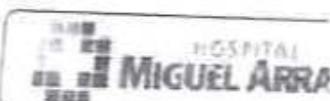


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>

Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 16



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 461564

Data e Hora: 17/01/2019 22:4,

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: 12345
 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: _____

Queda Principal

Perda de visão dupla de palma moço (corre apertando os olhos) MJE (fim de tarde naum se recuperou) Vira de lateral no momento. Não dificuldade respiratória.

Exame Físico

Nega dor nojo ou vômito.
 D: Tensão arterial normal. Peso normal
 P: Pálpebras edem. Coração regular
 S: Sopro cardíaco ausente MJE

D: Ecografia. Pneumotórax
 E: Ausculta. Infiltrado pulmonar

Hipótese Diagnóstica

Fatiga MJE.

Prescrição Médica

Luzes para exame opa. Insumos 05.802/494/0001-4
 I paroxi de perda.
 - Sal. L -> MJE. Muma + MJE.
 - Levadopa da ongada.
 - Tramadol 100mg + ibuprofeno 500mg. Faz ongada 2x500

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/01/2019

Nº da Autorização: 10.175.51.902-BLC
 504-NET CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Assinatura e Carimbo/Médico

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

Senha de Entrada: 0000000000000000
 Obrigado! Até logo!
 CRM-PB 18.339

22:53 01 AO BLOCO ORTOPÓDICO SEM BARTO PRÉ-
 OPERATÓRIO
 A MÉDICO. RA + AD EV 23/01



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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
---	--

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

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

Prioritaria®

EMERGENCIA VERMELHO

Can

VERMELHO

Quinta 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 AAMBENTE / SINAIS AFERIDO PELO SAMU

Conservação

VINDOC / SAMU / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA /DM /; HAS / ASMA / CARDIOPATIA /AVC/

Eusogramma sintome: TRAUMA

- DOR INTENSA (8-10/10)
 - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais | Idoso

- 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
 - SATURACAO DE OXIGENIO: 98,00 %

REVISADO
AFILIADA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05/09/2010
Rua da Aurora, nº 175, SL. 902 BL. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010

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

Data Impressão: 17/01/2019 23:11

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número de documentos: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 Pág. 18

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 1150 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Fluxo de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 15/01/2019
Hora: 00:48

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Letra: 54059
 Recente: 122174
 Convênio Atend: 1
 Letra: 339
 Dt. Início: 18/01/2019 00:02
 Old Pré-Operação: \$622
 Sala: 0002
 GIVALDO FERREIRA DA SILVA
 SUS - INTERNACAO
 VERMELHO - EXTRAS 006
 Dt. Fim: 18/01/2019 00:58
 FRATURA DA DIAFISE DA TI

Atendimento: 481585
Carteira:
Idade: 37 Anos | 2 Dias | Horas

—

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
NUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

RIOH
ANESTESIA
16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO
15337 SIMONE SALGADO RODRIGUES

Resumo

DESCRITIVO CIRÚRGICO
DIAGNÓSTICO: FRACTURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA
CIRURGIA: VÍSESA CIRÚRGICA + REBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + POSICIONAMENTO DE FIXADORES EXTERNOS INTRA-ARTICULARES
CIRURGIA: DR. GONÇALVES BRITTO
ANESTESIA: ORTHOCOR IN DODGA
ANESTESISTA: SRA SISTHE SALGADO
ANESTESIA: RODRIGO ANESTESIA

REFERENCES

1. PUNTO DE FISSAO BOR ANESTESA
DELEGADA ANTIGESE DE ME
INTRODUZIDA NO TECIDO
2. REPARO COM O PERMANTOL DA EXPOSICAO NO 1/3 MEDIO DISTAL DA Perna, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS
E LAVAGEM EXISTENTE NO BORDO FISILOGICO;
3. COMPLICAÇOES
ADICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 4 PINOS DE SCHANZ + 2 BARRAS PARALELAS
4. CONTROLE RADIOSICO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS

第四章 三元树与队

Descrição Complementar

*Maria Paula Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
- Médica Residente
CRM-PF 24073*

DRA: SOPHIA DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

05.802.494/0001-41
CARVALHO BRITTO
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 AGO 2019
RECIFE - PE



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Pernambuco - 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
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:				Telefone:	
Endereço:	QUADRA E VILA BOM TEMPO , 6 - CENTRO			CEP:	55900974 - GOIANA - PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	17/01/2019 23:18
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI Acomodação:			ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito:	VERMELHO - EXTRAS 008
Médico Internação:	PLANTONISTA CIRURGIA GERAL				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
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: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta diafragma da fibra (E)

Diagnóstico Secundário 01.: REVISADO

Diagnóstico Secundário 02.: SCIH-HMA

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

Miguel Arraes Hospital
Orientador: Dr. Antônio
Assinatura: Dr. Antônio
Data: 05/01/2019

Médico e CRM:

Givaldo Ferreira da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

05.01.2019
TRACÃO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
DESEGUROS LTDA

Em _____ de _____ de _____

Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável
Data: 05/01/2019
Endereço: Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Vila da Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 461564 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: 55900074
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA 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 AM 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



Digitized by Google

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: José de Oliveira Sá REG: 122174
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
17/01/19 22:56	↑ SOT Perente com Fisca expor de MIE enunciado, o bras Cruzado para trás e o Cruzado de Emergência
	<u>Dra. Somaria de Oliveira Brito</u> Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 18.339
18/01/19 10:15	↑ SOT # Fisca em Posição Frouxa - Fisca é frouxa na base da perna (2) e só é de apoio quando o ventre cum- bra pressão no Abdômen (2) Abdômen de Pintos não se move
20/01/19	#SOT HO. As mesmas Fisca é frouxa, sem aperto Sem intercorrências Em uso de Infocaina lab: 19101 hb: 11,3 ht: 32 DE SEGUROS Ao exame: PES, LOTE, epônico normoabdominal

~~5.802-494/0001-41~~
TRACAO CORRETORA
DEPENDA

DESEGUNCIAS

3-1151007

• 45-952

... para la Aurora, 1911 A.D.

卷之三

950-1

10 of 10

www.wiley.com

卷之三

卷之三

725502

7-25562



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 54132
Paciente: 122174
Convênio Atend.: 1
Leito: 68
Dt. Início: 21/01/2019 18:00

Saia: 0002 SALA 02
GIVALDO FERREIRA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-510-LEITO 002
Dt. Fim: 21/01/2019 20:50

Atendimento: 461585
Carteira:
Idade: 37 Anos 15 Dias 21 Horas

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 HFM BLOQUEADA
CIRURGÃO: 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;
DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
5. FRESGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESES 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 VYCRYL 1-0 E NYLON 3-0;
9. CURATIVO ESTERIL;
10. CONTROLE COM RX;
11. OBSERVADA BOA PEFUSÃO DISTAL E MIE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 151 710
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Barra Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM: 15570

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES

Instituto de Medicina Integral
Prof. E. Fernandes Pinto

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 PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Miguel Arraes
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM PE 28973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 AGO 2010

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





MIGUEL ARRAES



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 PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Mariânia Cordeiro de Melo
Ortopedista e Traumatologista
Médico de Esportes
CRM: 240913

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 BL
Paulista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES AKY61565	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente GIVALDO FERREIRA DA SILVA	6 - N° Frontário 122174			
7 - Cadastro Nacional do SUS 702509162034145	8 - Data de Nascimento 06/07/1981	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 03 - Parda	11 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe ELZA GOMES DA SILVA	12 - Telefone de Contato (81)8993910			
13 - Nome Responsável POLLYANA	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) QUADRA E VILA BOM TEMPO, 6 - CENTRO	16 - UF PE	18 - CEP 55900974		
19 - Município GOIANA	17 - IBGE 280620			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

21 - Condicoes que justificam a Internação INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RX + EXAME FÍSICO
05.802.494/0001-41
TRAÇAU CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
04 Jan 2010

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
B02 VISTO CEP: 50.060-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CID 10 Principal
S822

25 - CID 10 Secundária
V213

26 - CID 10 Causas Asociadas
V039

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBUL

28 - Código do Procedimento
0408050225

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Centro de Atendimento
2

31 - Documento
 CNS CPF

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
980016278437833

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação
17/01/2019

35 - Assinatura do Profissional
DR. SORMANE DE CARVALHO BRITTO

CRM-PE 16.339

16339

45 - Vinculo com a Previdência

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

47 - Cod. Órgão Emissor

E260000001

AIH

261910213268-0

48 - Documento
 CNS CPF

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
21010510551671500000071725502

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

DR. SORMANE DE CARVALHO BRITTO
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16.339

AIH

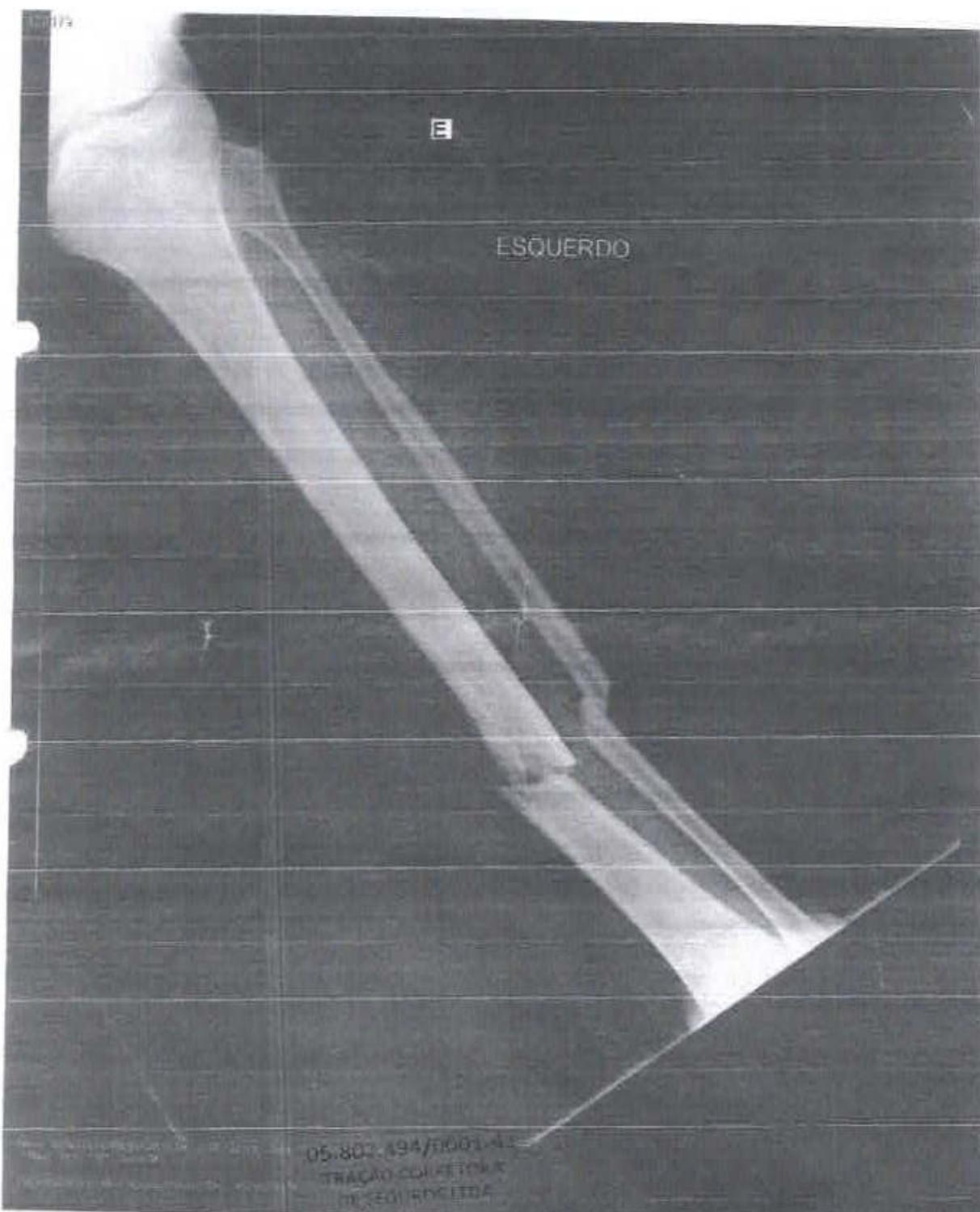
261910213269-1

Código do Laudo: **461564**





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Serviços de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BIL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



hma.lmip.org.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 27

hma.mdp.org.br
PABX: 81-3181-9600/FAX: 81-9617
Estrada de Fazendinha S/N, Jaféuáibe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
Serviço de Imprensa
Comunicação
Relações Públicas
Gabinete
Assessoria
E-mail: hma.mdp.org.br



ESCOLARDO

05.802.294/0001-47
TRATOS CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/04/2014

Rua da Aurora, N° 175, E. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



MIGUEL ARRAES
HOSPITAL



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 28

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:	Givaldo Ferreira da Silveira		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura dos ossos do punho esq (esport).		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): limpeza e desbridamento emérgico com fixação e extensão de tibia e perna 18/01/19. osteosíntese 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 PRE-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: 1º) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. 2º) 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	
1º	Dor, edema, diminuição de força e Atrofia no joelho e tornozelo esq. Atrofia muscular da coxa e panturrilha.
2º	Perda funcional da 50% nos membros inferiores e gerais
APRIMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE: 11/06/19 e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.	
Local	Data
Graiano PE	11/06/19

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRMPE 10001-41
P. P. V. - Recife
Corretores de Seguros Ltda

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 AGO 2019

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



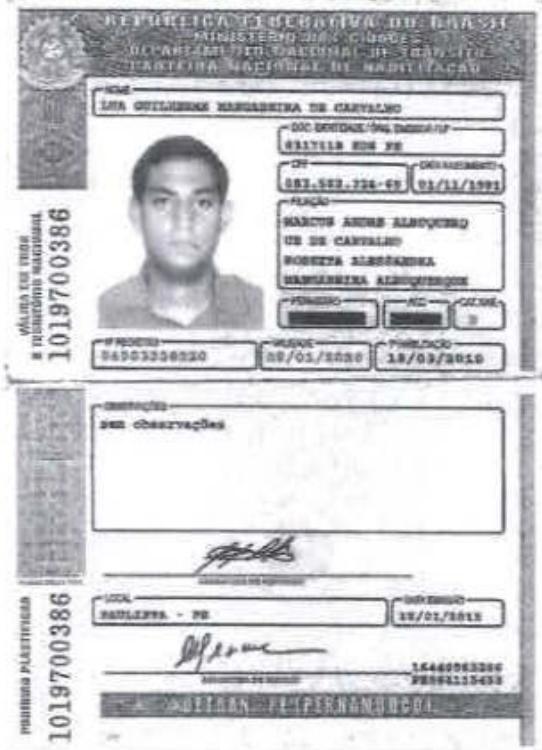


05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05.101.710
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 30



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 AGO 2019
Rua das Flores, nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PEDEPE, PE

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 31

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 PERNAS EM 2,5 CM, CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNAS, 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 AUXILIO 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: 048.521.704-01
Profissão: Advogado de Posturas
Estado Civil: Solteiro
End: Vila Recanto Bon Tempo, 06, QD A

Outorgado: Luá 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, N° 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: Invalidez

Goiana / PE , 07 de MARÇO de 2019.

Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura por Autenticidade

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 AGO 2019
Rua da Aurora, N° 175, 51902-810
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Nº 26 Vila Nova, 2º andar | Fone/Fax: (81) 3211-0000 | Goiana - PE | www.cartorio2oficio.com.br
Reconheço Por Autenticidade a firma de: GIVALDO FERREIRA DA SILVA,
Davi, Goiana, 07/03/2019. Em testemunho _____ da verdade. A tabela
Vilma Joaquim de Lima
Emol R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,60, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selo:
0077628 JOC02201901.00801 consulte autenticidade em [www.
pjpe.jus.br/selodigital](http://pjpe.jus.br/selodigital)



Vilma Joaquim de Lima
Escrivente



PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Givaldo Ferreira da Silva

RG/CNH/CTPS: 7.064.040 CPF: 048.521.704-01

Profissão: Auxiliar de Pousoar

Estado Civil: Solteiro

End: Vila Recanto Bonitinho, 06, QD A, Centro, Goiana - 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, Goiana-PE. CEP: 55900-000

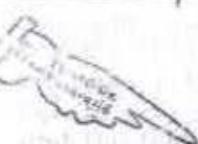
Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima Givaldo Ferreira da Silva.

acidente: 17-01-2019

cobertura: Invalidez

Goiana / PE

, 07 de Março de 2019



Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura por Autenticidade

Service Notarial e Registral do nº Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Henrique Soárez, nº 10 - Recife/PE - CEP 50010-120 - PE - e-mail: mariahelena@bol.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: GIVALDO FERREIRA DA SILVA.
Data: 07/03/2019. Em testemunho _____ da verdade. A testemunha:
Vilma Joaquim de Lima
Emol: R\$ 3,51. TSNR: R\$ 0,80, FERC: R\$ 0,40, Total: 4,79. Selo: _____
0077628.JCC02201801.00801 consulta autenticidade em: www.
tpe.jus.br/seledigital

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09 AGO 2019

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

Vilma Joaquim de Lima
Escrevente



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/01/2019

Titular do CPF: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/08/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Data do cadastramento: 09/08/2019

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/01/2021 10:55:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010510551671500000071725502>
Número do documento: 21010510551671500000071725502

Num. 73167773 - Pág. 35