

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323323 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: CICATRIZ HIPERCROMICA / DEFORMIDADE POR CICATRIZ.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO IML 10057/2018 - 22/03/18.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 10057 / 2018



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO

Ofício nº. 023 / 2018 Data 22 / 3 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 07:08 do dia 22 de Março de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **GERALDO EDUARDO DA SILVA** filho(a) de **ANTÔNIO EDUARDO DA SILVA** e de **ANTÔNIA BARBOSA DE FREITAS SILVA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, apresentando a idade de **65 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **BELO JARDIM - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 3923839**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA PAUDALHO, nº 171, complemento: NÃO INFORMADO, bairro SAN MARTIN, telefone/s NÃO INFORMADO**, **RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando informa ter sido vítima de atropelamento por moto no dia 26/05/18. Veio acompanhado das fichas de esclarecimento, a primeira, datada 26/05/18, às 19:17:23, assinada por Marcelo Correia, CRM 19647, que diz: "... relato de atropelamento por moto com dor no tornozelo direito. Diagnóstico: fratura do tornozelo direito bimaléolar. Conduta: raio-x tornozelo AP/ perfil. Tala gessada. Tramal EV 6/6h e dipirona EV 6/6h...", a segunda, datada 04/09/17, assinada por Reinaldo Mendes de Carvalho, CRM 14861 que diz: "... 90 DPO de síntese em fratura de tornozelo direito (maléolo lateral). FO: cicatrizada. RX: boa síntese. CD: fisioterapia. Retorno com 30 dias. CID: S85..." e a terceira, datada 13/11/17, assinada por Reinaldo M. Carvalho, CRM 14861, que diz: "... 05 meses de síntese em fratura múltiplas do tornozelo direito. RX: fratura consolidada. CD: alta ambulatorial. CID: S82..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de (01) uma cicatriz linear, hipercrômica na face lateral do tornozelo direito medindo cerca de 110 milímetros. Ausência de déficit motor ou atrofia muscular.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Solicitei documentação fotográfica da cicatriz na face lateral do tornozelo direito.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias (pela fratura do tornozelo direito).

Recebido em 29.05.18
da SIC/da
Sec

Perito responsável

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a): SARA BEHAR TÔRRES KOBAYASHI - CRM 10973.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Sim. Sim. Deformidade permanente (pela cicatriz na face lateral do tomozelo direito).

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/05/2017
Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originals, 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: 11/07/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 697.349.174-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

GERALDO EDUARDO DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS - ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Cerolob e Silva
DATA DO ACIDENTE 26/05/2017 CPF DA VÍTIMA 69734974-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua. Pau Dalho, 171
Nº 171 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Barado
CIDADE Recife UF PE CEP 50761-180
E-MAIL _____ TELEFONE (71) 984167411

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☒ SIM ☐ NÃO
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
(X) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS: _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/06/2018
IDENTIDADE 3923339 SOS
ASSINATURA Marcelo da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 29/06/18 MATR. CORREIOS
NOME Monica Mendes
ASSINATURA Monica Mendes

Remetente: ~~PERNAMBUCO~~

CPF/CNPJ: 21.798.620/0002-79

ANILIA BORGES

Rua Flôriano Peixoto 141 - São José
50020-068 - Recife - PE

Destinatário:

CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04
SEGURADORA LIDER DPVAT
Rua da Assembleia, 100 100 24º ANDAR, Centro
20011-904 - Rio de Janeiro - RJ

Número da Autorização de Postagem (e-ticket): 1055566909
Autorizador da Postagem: SEGURADORA LIDER DPVAT
Data de Emissão: 02/07/2018
Data de Validade: 01/08/2018
Quantidade de objetos: 1

 ☐ AR
Correios ☒ MP

Peso (kg)
0,455

72895198 5 BR

SEDEX

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GERALDO EDUARDO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 26/05/17 CPF DA VÍTIMA 697.349.174-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PRUDÊNCIO
Nº 171 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CURADO
CIDADE RECIFE UF PE CEP 50761-180
E-MAIL TELEFONE / 81.98416-7411

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☒ SIM ☐ NÃO

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

~~X~~ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES- INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS: _____

QRC: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS :

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

M - MORTE = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74

• DESPESAS MÉDICAS (OAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

3 PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LIDER DPVAT

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 027 1204

TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

03/08/18

DATA 03/08/18 MATR. CORREIOS

IDENTIDADE 3.923.839 SDS-PE

NAME Maria J. A.

ASSINATURA *X. Frezza* ASSINATURA *di C. de' Politi*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/05/2017
Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Outros

GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

Autorização de pagamento

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 cancela 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: 28/08/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2018
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

GERALDO EDUARDO DA SILVA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18

Número do Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF: 697.349.174-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/05/2017

Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

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: 12/12/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

GERALDO EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

file:///C:/L



Autorização de Postagem
1132565904

904

Destinatário:

SEGURADORA LIDER DPVAT
RUA DA ASSEMBLEIA, 100
24 ANDAR
CENTRO
20011-000 RIO DE JANEIRO - RJ

Remetente:

ARILIA BORGES
a Floriano Peixoto, 141

20011-000

Sao Jose

50020-068 RECIFE - PE

Controle do Cliente: -



☐ AR
☐ MP

SEDEX

PESO (kg)

32792616 7 BR



DH



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323323 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: CICATRIZ HIPERCROMICA / DEFORMIDADE POR CICATRIZ.

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO IML 10057/2018 - 22/03/18.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256601/18

Número do Sinistro: 3180323323

Vítima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

CPF: 697.349.174-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

GERALDO EDUARDO DA SILVA : 697.349.174-04

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: 12/12/2018
Nome: GERALDO EDUARDO DA SILVA
CPF: 697.349.174-04

GERALDO EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323323

Vitima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180323323**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13113489



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323323

Vitima: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323323**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO EDUARDO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180323323
Vitima: GERALDO EDUARDO DA SILVA
Data do Acidente: 26/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323323**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GERALDO EDUARDO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3923839

EXPEDIDO POR SOS IPE

EM 14/06/2018

CPF 69434904-04 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Geraldo Eduardo da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1294 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 039421-5

Operação 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 29 de Junho de 2018
LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

AIXA
LIA:
PB/
111
01
16

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 (HA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após
 179-7467742821-4

多思、慎言、勿躁、勿怒

1. DATE 15 AUGUST 1964
 2. FROM SPECIAL INQUIRY GROUP
 3. TO MR. VICTOR ARON 1244

FOIA of 15:48:47

44-38861-24

5,774,495 L. 175,235,963 L.

COMPROVANTE DE ADELANTO DE PAGO: CASH FACIL.

DATE: 12/12/84

AGENCIA: 1294
IMPRACAO: 013
CONTA-IV: 000.000.050.421-5
DATA DA ABERTURA: 23/06/2018

LOLLING CASH

373-747:4262.1-4

47A

Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180303323

CPF da Vítima

697.349.174-04

Nome completo da vítima

GERALDO EDUARDO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
GERALDO EDUARDO DA SILVA		697.349.174-04		CARPANTEIRO
Endereço		Número	Complemento	
RUA PAUDALHO, 171		171		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
CURADO	RECIFE	PE	50761-180	
Email			Telefone (DDD)	
			81-98416-7411	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA	DV	CONTA NRO.	DV
294	013	000.059.421	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NÃO ASSINAR AQUI

RECIFE 03 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Gerardo Eduardo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

115 458 30 10
115 81

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

HA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

179-707742021-4

28/JUN/2018

HORA DE 10:45:12

01, 15.007300-2

FORM 039620

COCA IDADE: REC 114

AG. VINCI APAL 1294

CONTINUT: 1/0400014

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POA CAIXA FACIL

NOME: GERALDO EDUARDO DA SILVA

AGENCIA: 1294

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000,000,421-5

DATA DA ABERTURA: 28/06/2018

LOTERIAS CAIXA

179-707742021-4

VIA

17 17 4000 1111 8102 0000

1111 8102 0000

file:///C:/...



Autorização de Postagem
1083430147



Destinatário:

SEGURADORA LIDER DPVAT
Rua da Assembleia, 100, 100
24 ANDAR
Centro
20011-904 Rio de Janeiro - RJ

Remetente:

GENESIA TATIANE CORDEIRO DE COIMBRA
Rua Floriano Peixoto, 141



20011-904

Sao Jose
50020-068 RECIFE - PE

Controle do Cliente: -



DY289096436BR
GRUPO DE PRÉ-TRIAGEM
DISTRITO

B 315

ORDEM: 25



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0102000082**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/01/2018 às
17:57

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu
no dia 26/5/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1, PRÓXIMO AO HOSPITAL
DA MULHER** - Bairro: **JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO**
/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GERALDO EDUARDO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

GERALDO EDUARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANTONIA BARBOSA DE FREITAS SILVA Data de Nascimento: 27/8/1962 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3823839/808/PZ (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
- Telefones Celulares:
- **984167411**

Endereço Residencial: **RUA PAUDALHO, 171 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a)Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

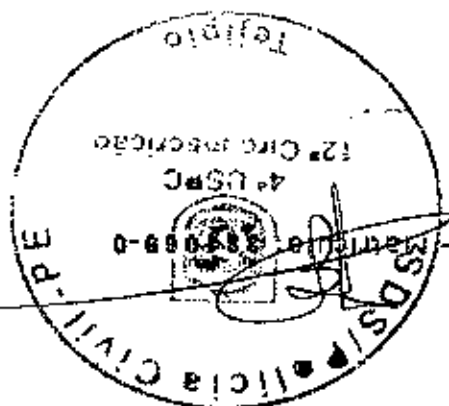
Complemento / Observação

INFORMA QUE NA DATA CITADA QUANDO ATRAVESSAVA A AVENIDA RECIFE, FOI
 ATROPELADO POR UMA MOTO QUE NÃO SABE QUALIFICA DADOS, SOFRENDO
 FRAZURA NO TORNOSZELLO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DA ARDIAS DE
 CARVALHO PELO SAMU... PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.....

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

Genildo Eduardo da Silva
 GENILDO EDUARDO DA SILVA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: JOAO EPIFANIO DE SANTANA



Boletim de ocorrência



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0102002690

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/08/2018 às
15:20

Complementa o BO Número: 18E0102000082

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposo (Consumado) que aconteceu
no dia 28/6/2017 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1, PROXIMO AO HOSPITAL
DA MULHER - Bairro: JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
GERALDO EDUARDO DA SILVA (VITIMA)

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA Endereço: Rua Almeida Ribeiro, 100 - Recife - PE - CEP: 51010-110 - Fone: (81) 31144261 - Email: cartorio@pe.pc.gov.br

Cópia autenticada conforme original: dou fe
Recife-PE 02/08/2018 16:14:55. Em 15/08/2018, o usuário Henrique Brito Pinheiro
Emi:3.41 TSM:0,68 TOTAL4,09 Esc. Autorizada
SELO:0077248.ZR507201803.01594

SANEA MARIA HENRIQUE TROVATO



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**GERALDO EDUARDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ANTONIA BARBOSA DE FREITAS SILVA Data de Nascimento: 27/6/1962 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3022830/SDS/PE (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- 884167411**

Endereço Residencial: **RUA PAUDALHO, 171 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSOES**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a)

VIA C/AGORA 11/11 R107-481-82

DADO 10/11/2018 10:00:00

1 de 2

02/08/2018 15:1

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xan1/BOEPreview.htm

Não

Cor: OUTRA COR - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA QUE NA DATA CITADA QUANDO ATRAVESSAVA A AVENIDA RECIFE, FORA ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA QUE NÃO SABE QUALIFICAR OS DADOS, POIS DESMAIOU NO MOMENTO DO ATROPELAMENTO, SOPRENDO FRATURA NO TORNZELO DIREITO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DA ABDIAS DE CARVALHO PELO SAMU... PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.....

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

[Assinatura]
GERALDO EDUARDO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: ANDRE LUIZ VITORINO GOMES DA SILVA - Matrícula: 360588-0

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Dono Expediente: Flávio Gomes de Menezes, SS - Centro - CEP 56010-910 - Recife - PE - Fone: (011) 3181-4292 - e-mail: cartorioroma@bol.com.br

Cópia autenticada conforme original: da fé.

Recife-PE 02/08/2018 16:14:55. Em test. da veracidade

Emol:3,41 TSNR:0,69 TOTAL4,09

SELO:0077248.VOR07201803.01593

SANDRA MARTA MIRANDA

Escritor: Eduardo Henrique Brito Pinheiro

Assinatura: [Assinatura]

Carimbo: [Carimbo]

Carimbo: [Carimbo]



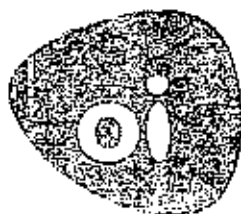
VI 4/4/2018 11:11 R102-401-42

40140 N0017 R0003030303

- ☒ NÃO SE
☐ DESCONHECIDO ☐ NÃO PROCURADO
☐ RECUSADO ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ FALCIDO ☐ CEP INCORRETO
☐ AUSENTE ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ INFORMAÇÃO ESCREVA PELO PORTEIRO OU SÍNDICO

 REINTEGRADO AO
 SERVIÇO POSTAL EM:

RESPONSÁVEL:



PARA DDD OU DDI,
 USE SEMPRE O 31.
 E ECONOMIZE NAS LIGAÇÕES
 DE LONGA DISTÂNCIA.

Comprovante de residência



991234109772013-03/PJ/SPM

Oi

Correios

47300369



CTO RECIFE PE PL1

GERALDO EDUARDO DA SILVA

RUA PAU DALHO, 171

CURADO

50761-180

RECIFE-PE



7213512820067950000001314630221217

BAIRRO SAN MARTIN



FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
 INTERNET OL.COM.BR
 AUXÍLIO À LISTA 102*

*Barras e jingles a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em loteria, sem a apresentação da fatura, está sujeita a cobrança. Para mais informações, consulte o site 103 31.

ANATEL - 1531

CAIXA POSTAL DI: 711

CEP 60060-480, RECIFE - PE

PARA CONSULTAR O CÍDULO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CSP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102. 3101 - 02 CIPIC - 13 Fone - 15 Tele-Brasil - 16 Macom - 17 Transil - 18 Spallan - 21 EnbraTel - 23 Intelle - 24 Primatira Casella - 25 (RAT) - 26 IDI - 28 Alpinova - 29 T-Less - 32 Convergência - 34 ETML - 36 Easytone - 37 Golden Line - 38 TESA - 39 Embratel - 41 KIM - 42 BT Group - 43 Sercomtel - 44 Global Crossing - 46 Holo Telecom - 47 3T Communications - 53 CSTARSA - 57 Inedu - 58 Vatel - 62 Daption - 63 Nalla S/N/I - 65 Telecom SG - 67 ALGOLA - 71 Deltaphone - 81 Sermatel - 84 BBT - 85 Airerics Her - 91 IDCop - 96 Amigo Telecom

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO.
 É A FORMA MAIS PRÁTICA E RÁPIDA
 DE FAZER SEU PAGAMENTO.



SAIBA MAIS EM OL.COM.BR.

RESUMO DOS TRIBUTOS INCIDENTES

RECEITAS (R\$)	VALOR ICMS	VALOR ISS	VALOR PIS	VALOR COFINS
SERVIÇOS TELECOM	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS NÃO TELECOM	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL TRIBUTOS	0,00	0,00	0,00	0,00

NOTA: Fundamento legal Lei 12.741/2012 e Resolução Anatel 632/2014.

CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO

171200198262

171 645890 2-02 8102-107-11

11111111111111111111111111111111



Seguradora

LIDER

Administradora do Seguro DPVAT

GERALDO EDUARDO DA SILVA
R. PAULO ALHO, 171
CURADO
CEP. 50761-180 - RECIFE, PE

Para mais informações, acesse o site www.liderseguros.com.br

DPVAT - Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT

LIDER

Seguradora





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

CAXANGÁ

Documentação médica - hospitalar



Hospital Infância
Maria Lucinda
Fundação Manoel do Socorro Almeida

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

HUF

5179583

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: GENIVALDO EDUARDO DA SILVA Idade: 64

Sexo: M ☒ F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: SAN MARTI

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Outr: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: _____

Hipótese Diagnóstica: Fratura Bilateral do TIA

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50

Criança 20-30

Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140

Criança 80-110

Adulto 60-100

141 200830 26/04/2008 14:00

141 200830 26/04/2008 14:00

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta (☒) Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea (☒)

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a Dor 2

Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confusão 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6

Localiza Estimulo Doloroso 5

Retirada ao Estimulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-Abdominais: S () N () Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

nuetm, 26105119

Local e Data

Dr. Marcelo Correia
Médico Assistente

SANTA CASA

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1553 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: GERALDO EDUARDO DA SILVA

Data: 04/09/2017

90 DPO DE SINTESE EM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (MALEOLO

LATERAL)

FO : CICATRIZADA

RX BOA SINTESE

CD : FISIOTERAPIA

RETORNO COM 30 DIAS

CID: S85


Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM:14861

Nome: **GERALDO EDUARDO DA SILVA**

Nº Registro: 507924 Nº Protuário: 1092164 Sexo: Masculino Idade: 65 ano (s)

Data: 04/10/2017 / 10:11 Convênio: SUS - AMB

Intervalo:

LAUDO PERNA e TORNOZELO DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY

CRM: 010755

CHAPA: 117.243414

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755, Data e Hora: 05/10/2017

11:39:01

117 553295 2100 8122-75-11

05/10/2017 11:39:01

3333 1111 0101
0101 3333 1111 0101 0101
SANTA CASA

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Antônio - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@saltacasa.org.br
Site: www.saltacasa-recife.org.br

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: GERALDO EDUARDO DA SILVA
Data: 13/11/2017

05 MESES DE SÍNTESE EM FRATURA MULTIPLAS DE TORNOZELO DIREITO
RX : FRATURA CONSOLIDADA
CD : ALTA AMBULATORIAL
CID : S82

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861


Reinaldo M. de Carvalho
Médico Ortopedia
CRM - 14831-PE