

-
-
-
-
-
-

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ACOSTADOS À INICIAL:

1. Cópia do RG e CPF do autor da ação;
 2. Procuração;
 3. Comprovante de residência;
 4. Declaração de pobreza;
 5. Declaração – SAMU;
 6. Registro de Vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre – HPVP;
 7. Ficha de Pronto Atendimento – HPVP;
 8. Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar – HJP;
 9. Relatório Cirúrgico – HJP;
10. Boletim de Ocorrência;
11. DPVAT – Online;





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152002819**

539369
0266867/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **13/1/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1, ESTRADA DE MANDACARU** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAPELA DE FREI DAMIÃO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
VALDIR BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
IVANILDO SILVA DE LIMMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANILDO SILVA DE LIMMA**

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

IVANILDO SILVA DE LIMMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA** Pai: **JOSÉ INALDO DE LIMA** Data de Nascimento: **22/11/1975** Naturalidade: **DUQUE DE CAXIAS / RIO DE JANEIRO / BRASIL** Documentos: **5526334/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81971002275**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 100, RUA CON AMERICO PITASÍTIO MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

VALDIR BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA ALZIRA DE ASSUMÇÃO SILVA** Pai: **NELSON BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/2/1982** Naturalidade: **GRAVATÁ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6546753/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81973163014**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRAVATÁ, 1, RUA SÃO PAULO, SÍTIO MANDACARU, - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**

03/07/2019 10



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR BEZERRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANILDO SILVA DE LIMMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR5419** (PERNAMBUCO/GRAVATA)
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, O SENHOR IVANILDO SILVA DE LIMA INFORMANDO QUE; ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO EM QUESTÃO NO ENDEREÇO SUPRACITADO E QUANDO FOI REALIZAR UMA ULTRAPASSAGEM, PERDEU O CONTROLE DESTA E CAIU NO MEIO DA VIA, LESIONANDO-SE. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DO MUNICÍPIO DE GRAVATÁ/PE, LOCAL ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, PORÉM DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU E APÓS PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NO MUNICÍPIO DE BEZERROS/PE.

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

Ivanildo Silva de Lima

IVANILDO SILVA DE LIMMA
(VITIMA)

Valdir Bezerra da Silva
VALDIR BEZERRA DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: *Clecio* **CLÉCIO DE OLIVEIRA COSTA** - Matrícula: **350865-0**



SINISTRO 3190464723 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVANILDO SILVA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO IVANILDO SILVA DE LIMA

CPF/CNPJ: 08605346426

Posição em 18-12-2019 16:12:59

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Jamildo Silva de Lima</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
RG: <u>5.526.334 5051PE</u>	CPF: <u>036.053.464-26</u>
Profissão: <u>agricultor</u>	Data de nascimento: <u>22/11/1975</u>
Endereço - RUA, <u>longo Américo Pita</u>	N.º: <u>100</u>
Bairro: <u>Centro / Mandacaru</u>	
Cidade: <u>Gravatá</u>	CEP: <u>55643-470</u>
Telefone: <u>9.7100-2275</u>	
E-mail: <u>setonjuridico Recife@gmail.com</u>	

Nomeia e constitui suas bastante procuradoras as Sra. **LORENA SAMPAIO DA SILVA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 42.960, ou a Sra. **BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS**, brasileira, casada, inscrita na OAB/PE nº 27.708, todas com endereço profissional à Av. Conde da Boa Vista, Edifício Pessoa de Melo, n.º 50, 10º andar, sala 1031, Boa Vista – CEP: 50.060-002, Recife, onde recebe as comunicações de quaisquer atos processuais, a fim de que possa representar o(a) outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, sendo-lhe outorgado os poderes de representação constantes nos art.105 do CPC, inclusive os especiais para transigir, desistir, firmar compromisso, substabelecer, desistir, renunciar, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso, **com o fim de ajuizar ações relativas ao recebimento de diferença ou da integralidade do Seguro Obrigatório, ação de indenização, ou quaisquer outras que forem necessárias para o fiel desempenho do mandato.** Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que em caso de êxito, serão pagos a título de honorários contratuais trinta por cento, do valor recuperado, em favor do Outorgante.

RECIFE, 18 DE dezembro DE 2019.

Jamildo Silva de Lima

Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Outorgante: <u>Ivanildo Silva de Lima</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	
RG: <u>5.526.334 SDS/PE</u>	CPF: <u>086.053.464-26</u>
Data de nascimento: <u>22/11/1975</u>	
Profissão: <u>agrimensor</u>	
Endereço - <u>Rua Cônego Americo Pita, 100</u>	
Bairro: <u>Centro / Mandacaru</u>	
Cidade: <u>Gravatá</u>	CEP: <u>55.643-470</u>
Telefone: <u>9.7100-2275</u>	
E-mail: <u>setorjuridico@recife@gmail.com</u>	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT, QUE MORO E
RESIDO NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO. ;

REITERO QUE É MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS

RECIFE, 18 DE dezembro DE 2019.

Ivanildo Silva de Lima
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Outorgante:	Juanildo Silva de Lima	Estado Civil:	solteiro
RG:	5.526.334 SD/PE	CPF:	086.053.464-26
		Data de nascimento:	22/11/1975
Profissão:	agricultor		
Endereço -	Rua Cônego Américo Pita, 100		
Bairro:	Centro / Mandacaru		
Cidade:	Gravatá	CEP:	55.643-470
Telefone:	9.7100-2275		
E-mail:	setorjuridico@recife@gmail.com		

Fundamento no artigo 1 da Lei n. 7.115/83, *declara* neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, *ser pobre na acepção jurídica do termo*, enquadrando-se na concessão prevista na Lei n. 1060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e "honorários advocatícios", sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

RECIFE, 18 DE dezembro DE 2019.

Juanildo Silva de Lima

Outorgante





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

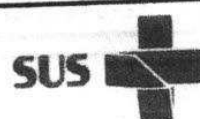
REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Gravatá - PE		Geres		
	Unidade Sentinela Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V	CNES 2435802	Vítima Nº		
	Data do atendimento 13/01/2018 às 2000-01-01 14:47:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000001970			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome IVANILDO SILVA DE LIMA				
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado	Data de nascimento 22/11/1975 ☐ 9 Ignorado			
	Idade 42 ☐ 9 Ignorado	Ocupação ☐ 9 Ignorado			
	Município de residência Gravatá - PE		Código IBGE 260640		
	Raça/cor ☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 indígena ☒ 9 Ignorada				
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente				
	Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada				
	Endereço do acidente				
	Data do acidente		Hora do acidente		
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB	Tipo de Vítima ☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro _____	
	Acidente relacionado ao trabalho? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/abaloamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☐ 8 Outro _____		Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica ☐ 8 Outro _____	
	Fatores relacionados ao acidente				
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Uso de sinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	Avanço de sinal ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Uso de capacete pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	Condutor tem habilitação ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente				
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado				
	Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima ☐ 1 Sim - Para onde? _____ ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento			Função	
	Observações				





PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



67
12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 259651
PACIENTE: IVANILDO SILVA DE LIMA
GENITORA: TEREZINHA PEDRO SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1975
ENDEREÇO: MANDACARU
BAIRRO: ZONA RURAL
PONTO DE REFERÊNCIA:

IDADE: 42

CIDADE: GRAVATÁ

DATA: 13/01/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 14:47

CNS: 898004028813931

TELEFONE: (81) 9114-0098

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: S/N

UF: PE

CEP: 55640-000

ACOMPANHANTE: MÃE TEREZINHA

HDA

• Trauma por queda de moto.

HRA (correu)
5340719
Trauma - ORTOPEDIA

EXAME FÍSICO

• Bom estado geral

sem sinais de trauma

06 AGO. 2019

Atendimento 100% a critério do médico
Promoção da clavicula ESO.
SOLICITO IMOBILIZAÇÃO E
CURA DO PUNTO DE ORTOPEDIA
Dr. Nelson Manoel P. da Cunha
Médico
CRM: 24494/PE

EXAMES SOLICITADOS

Rx do tórax A.D. e S.D. ESO.

HD

① Trauma por queda de moto
② Embolia pulmonar

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Edvaldo Bezerra
Médico
CRM-PE: 24.917

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsrª das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423



0266867/119

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeSecretaria
de Saúde
PernambucoLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2344254

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7104700718573235

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

106379 117733

9 - NOME DO PACIENTE

Svanildo Silva de Lima

10 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/75

11 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Terezinha Pedro Silva de Lima

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Cônego Américo Pita, 100

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gravatá

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

PE

17 - UF

PE

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Queda com dor em Ombro Esa

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

Rx Mestras Fx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx CLAVÍCULA Esa

22 - CID 10 PRINCIPAL

S-920

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

Ortop

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04-08-01-015-0

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Carlos A. de SOUZA FILHO
1º Ten (RM2) Md
CRM-PE 23.983

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/01/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Raymundo Francisco Araújo Filho
Médico
CRM 5379
CPF 13.143.077-68

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

38 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - CNPJ DA EMPRESA

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
261810540245-1Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde



Hospital Regional
JESUS PEQUENININO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE IVANILDO SILVA DE LIMA		NÚMERO DO REGISTRO 117733
CLÍNICA ORTOPÉDICA		
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA		
ANESTESIA BLOQUEIO		ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 25/01/2018		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO 3. INCISÃO NA FACE SUPRACLAVICULAR ESQUERDA 4. ABERTURA DA APONEUROSE 5. DIVULSÃO POR PLANOS 6. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA 7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS 8. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 9. SUTURA POR PLANOS 10. CURATIVO		

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM. 3764

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 09/01/19
Hospital Jesus Pequeninino

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
RESS 011



