



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000041 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). VIVIANE GOMES DE CARVALHO, 34 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 5772650 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 050.460.574-76, residente à RUA MARINHO DE MELO BERENGUER, nº 177, CASA AMARELA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 07/12/2017, por volta das 20:45 hs, no endereço: AV. NORTE, S/N, CASA AMARELA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR PRETA PFW8516-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) BERTO RAFAEL GOMES, inscrito sob o CPF nº 093.685.824-91 e Registro Geral nº 1029500, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) 710161-9 JHONATAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 109893. Ficou aos cuidados do médico LUIS T. NETO, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 24/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000041

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-4126 / CNPJ: 06.358.773/0001

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 JAN 2018

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

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERTO RAFAEL GOMES

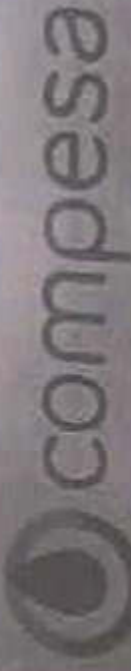
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000171355-7

---

Nr. da Autenticação 0960032A55D2AE25



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

### DADOS DO CLIENTE

MARTA COSTA SEABRA

EST. MORRO DA CONCEIÇÃO, 14, COQUZ2

CONCEIÇÃO RECIFE PE 52230-310

INSCRIÇÃO: 360.311.005.0087.001 GRUPO 15 DEB. AUTOMÁTICO: 076035142

MATRÍCULA:

76099142

65858387420

CASA 01 ANDAR - MORRO DA C

N° 843/6143

SITUAÇÃO ÁGUA  
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO

FACITIVEL

RESIDENCIAL

1

QUANTIDADE DE ECONOMIAS  
COMERCIAL INDUSTRIAL

PÚBLICA

HIDRÔMETRO

DATA LEIT. ANTERIOR

DATA LEIT. ATUAL

TIPO DE CONSUMO (AVE)

A165555731

10/01/2018

08/02/2018

MÉDIA HD

05.802.494/0001-1

TRACAO CONCRETA

DESEGUROS LTDA

25 ABR 2018

RECIBO

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DÉBITO  
ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.04, FICA VOSSA SENHORIA CLIENTE  
QUE, CASO OS DÉBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A  
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA, MANTENDO OS  
DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431558
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431558

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	BERTO RAFAEL GOMES			6 - Nº Portador	109883
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça	10.1 - Etnia	
703403285422111	22/08/1927	X	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	BEATRIZ MARIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198591413
13 - Nome Responsável	CRISTIANE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DO MORRO DA CONCEICAO, 22 - MORRO DA CONCEICAO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	251160	PE	5228040		

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	P - SINTOMA DE ATROFELAMENTO, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA PERNA DIREITA, COM EXPOSIÇÃO OSSA.		
21 - Condições que justificam a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	EXAME FÍSICO E RADIOGRÁFICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA		
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Associadas	
5823			

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILAR TIBIAL	0408050543		
29 - Especialidade	30 - Cartão de Aprobamento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNPJ/CPP) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	OP: CHS / CPF	960018278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Realização	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	07/12/2017		16230

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	37 - CRFJ Seguradora	38 - Nº Etnia	39 - Sexo
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	40 - CNPJ / Empresa	41 - CNAE / Empresa	42 - CBOB
38 - ( ) Acid. Trabalho Típico			
43 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado		

## AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizador	45 - Cód. Orgão Emissor	46 - Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	B260000001	
47 - Documento	48 - Nº do Documento (CNPJ/CPP) do Profissional Autorizador	
( ) CNE ( ) CPF		
49 - Data da Autorização	50 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

AIH  
261710296177-0

# FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **406967**

Usuário: PAULAFSC

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **BERTO RAFAEL GOMES**  
Idade: 90a 3m 16d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 109893  
Profissão: Data de Nascimento: 22/8/1927  
R.G.: 1029500 C.P.F.: 09368582491 Telefone: CEP: 52280040  
Endereço: RUA DO MORRO DA CONCEICAO, 22 - MORRO DA CONCEICAO - RECIFE - PE  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 7/12/2017 23:12  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE2EXTRA  
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

## DADOS DO RESPONSÁVEL

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

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/12/17 Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evolução

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Fratura da omoplata direita

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Observação.....: Otimizada 4/12/17

REVISADO  
CCIH-HMA

Aloia Rosa da Silva Gomes  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

Médico e CRM:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

29 AGO 2017  
Rua da Aurora, Nº 175, Il. 902 BL. C  
RECIFE-PE

Em 07 de dezembro de 2017

Aloia Rosa da Silva Gomes  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 406964      Prontuário: 109693      SAME: 97483      Hora Atend: 22:17      Data Atend: 07/12/2017  
Paciente.....: BERTO RAFAEL GOMES      Idade: 90 a  
Endereço.....: RUA DO MORRO DA CONCEICAO  
Bairro.....: MORRO DA CONCEICAO  
Cidade.....: RECIFE  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      UF.: PE      CEP: 52280040  
CID Principal.....:      Plano.: PLANO UNICO  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 07/12/2017      Hora Saída : 23:11

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

05.802.494/0001-41  
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
29 JUN 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
29 JUN 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16338  
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da senha: 07/12/2017 22:14

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Nome Paciente: BERTO RAFAEL GOMES  
Cód. Paciente: 109893  
Data de Nascimento: 22/08/1927  
Sexo: Masculino  
Idade: 90  
Senha: P0006  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 405064  
SAME: 97483

Período: 07/12/2017 22:31 - 07/12/2017 22:39

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**  
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM MID. CHEGA A ESET SERVIÇO COM OS BOMBEIROS. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM REGIÃO TEMPORAL ESQ. COTOVELO ESQUERDO E EDEMA EM PUNHO ESQ. REFERE HAS. NEGA DM OU ALERGIAS.

Observação:

TRAUMA

xograma sintoma:

discriminador(es):

Especialidade:

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 6
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM
- GLICOSE: 186.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO  
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - RECIFE - PE  
CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 JUN 2019

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

Acolhido(a) por: ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/12/2017 22:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 406964

Data e Hora: 07/12/2017 22:17

Senha da Classificação:

**P0006**

Paciente: 109893 BERTO RAFAEL GOMES

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 22/08/1927 Idade: 90 anos

Nome da Mãe: BEATRIZ MARIA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Endereço: RUA DO MORRO DA CONCEIÇÃO

Cidade/UF: RECIFE

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

22

CRM: 12345

Bairro: MORRO DA CONCEIÇÃO

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

Nr Documento Estrangeiro:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Queixa principal de alteração da marcha com  
dor na região da coxa e joelho direito. História  
de queda há 10 dias.

Exame Físico

Ambos membros inferiores com edema moderado, principalmente na região da coxa e joelho direito. Ausculta normal.

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

Tratamento com FAMP + 100ml SFO, 94. 23  
CV 100ml

Ata de E.G.  
A ortopedia

Assinatura e Carimbo Médico

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório

( ) Transferido: Para

( ) Residência

( ) Encaminhado ao setor de internação

29 AGO 2019

Senha:

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: BERTO RAFAEL GOMES

REG: 109893

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	# ADMISSÃO ORTOPEDIA #
07/12/17	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO
23H	HÁ 01 HORA, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MID, COM PRESENÇA DE FERIMENTO EXTENSO.
	AP: NEGA ALERGIAS
	EF: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO
	MID: DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO EXTENSO EM 1/3 DISTAL DA PERNA
	MD: FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIR
	CD: AO BLOCO
07/12/17	→ MD: Fratura exposta da perna dir @ LC + PC - Fratura da perna dir (07/12/17)
	Exatidão exame físico: hemodinamicamente estável
	EF: EGR, consciente, algo orientado, hidratado, glicemia 15.

→ MID: Rubra+, f2 200

→ FO: Boa aspecto

→ Rx: Gx radiografia

→ CR: Gx 5'onda

Exatidão FCO + Ponto + Jato

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Dr. Renato Holanda  
Ortopedia / Tração  
CRM-PE 345

29/12/2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 08/12/2017

Hora: 01:29

Aviso de Cirurgia: 45679  
Paciente: 109893

Convênio Atend.: 1

Leito: 779

Dt. Início: 08/12/2017 00:47

Unid. Pré-Operatório: S823

Unid. Pós-Operatório:

Sala: 0002

SALA 02

BERTO RAFAEL GOMES

SUS - INTERNACAO

VERD2EXTRA

Dt. Fim: 08/12/2017 01:28

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento: 406967

Carteira:

Idade: 90 Anos 16 Dias 1 Hora

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 26

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

GERAL ENDOVENOSA PURA

PILÃO TIBIAL

**Equipe Médica**

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

CIRURGIÃO

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA  
CIRURGIA: LC + DC + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR TUBO A TUBO  
CIRURGIÃO: DR. SORMANE  
1º AUXÍLIO: DR. LUIZ  
ANESTESISTA: DRA. DEMETRIA  
ANESTESIA: GERAL

1. PACIENTE EM DOH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 DISTAL DA PERNA, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO
6. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR
7. SUTURA COM NYLON 2.0;
8. CURATIVO;

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - RECIFE-PE  
29 AGO 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2019

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME:

IDADE:

DIAGNÓSTICO:

Bruce de Almeida

DATA DA ADMISSÃO

7/12/17

DATA DA ALTA

REG:

109893  
11/12/17

Ata da dos 3555 da Polícia

TRATAMENTO REALIZADO:

Atendimento no CAPS e/ou hospital

ORIENTAÇÃO:

Não Pesar

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( ) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: X/1/1

C/15 DIAS

05.802.494/0001-41  
05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

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

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

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

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

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

05.802.494/0001-41  
Francisco Couto  
Diretor Técnico  
CRM 11248

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

29 ABR 2019

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



Atendimento: 406967

Dt Atendimento: 07/12/2017 - 23:12

Dt Alta: 11/12/2017 - 16:08

Paciente: 109893 BERTO RAFAEL GOMES

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 68 ORTL-810-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: DRIELLYFSB

CID: 5823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

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

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Berto Rafael Gomes

Paciente submetida a tratamento cirúrgico da Fratura L ossos da perna Direita em 08/12/17. Evoluiu com consolidação viável L ossos da perna (L) + Deformidade L perna (P). Apresenta também dif. met. met. met.

Não há nova proposta cirúrgica para o paciente.

CD 1784.0

1721.9

16/08/18

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
29 AGO 2018  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURR

05.802.494/0001-41  
TRALAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 ABR 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-070  
RECIFE-PE



*Georgeto Roberto Gonçalves*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REGISTRO  
GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.029.500

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

14/02/2012

NOME

<< BERTO RAFAEL GOMES >>

FILIAÇÃO

<< DIRCEU RAFAEL GOMES >>  
<< BEATRIZ MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

GOIÂNIA - PE

DOC ORIGEM

<< CC 5175 L17B F186/V CART GOIÂNIA  
PE 10 08 2007 >>

CPF

093.685.824-91

DATA DE NASCIMENTO

22/08/1927

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CONETORA  
DE SEGUROS WEA

29 MAR 2019

Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C  
Boa Vista - CEP 54000-010

REC 01-19

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CONETORA

DE SEGUROS WEA

29 MAR 2019

Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C

Boa Vista - CEP 54000-010

REC 01-19

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CONETORA

DE SEGUROS WEA

29 MAR 2019

Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C

Boa Vista - CEP 54000-010

REC 01-19

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180401875 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BERTO RAFAEL GOMES **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **BERTO RAFAEL GOMES**

Nº Sinistro: **3180401875**

Vitima: **BERTO RAFAEL GOMES**

Data do Acidente: **07/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180401875**.

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 13304865





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

CPF da Vítima

09368582491

Nome completo da vítima

BERTO RAFAEL GOMES

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>BERTO RAFAEL GOMES</b>		CPF titular da conta <b>09368582491</b>	Profissão <b>AUXILIAR</b>
Endereço <b>ESTRADA MORRO DA CONCEIÇÃO</b>		Número <b>22</b>	Complemento <b>CS - C FANAM</b>
Bairro <b>CASA AMARELA</b>	Cidade <b>RECIFE</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>52280-030</b>
E-mail		Telefone (DDD) <b>81-485081136</b>	

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

☒ RECLAMO 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) **05.802.494/0001-41** (Todos os bancos)

☐ BRASECO (287) ☐ BANCO DO BRASIL (201) ☐ ITAU (341) **TRACAO CORRETORA**

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) **DE SEGUROS LTDA**

AGÊNCIA NO: **0049** CNV: **00171355** CNV: **7** AGÊNCIA NO: **29** CNV: **00171355** CNV: **7**

Rua da Aurora, 175, 52.902-010 Boa Vista - CEP: 50.060-010

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, com o intuito de obter 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.

Paulista, 06 de Março de 2018

Local e Data

Berto Rafael Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# CAIXA

POUPANÇA

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRIDENTA  
DE SEGURIDADE

29/08/2014

Rua da Aurora, 115 - Jd. N.º 1, Vila N.º 1  
Nova Villa - CEP: 06264-000  
Ribeirão Preto - SP



MasterCard

débito

603689 0010 49524 5011

BERTO RAFAEL GOMES

0049 013 00171355-7 08/21

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180401875 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BERTO RAFAEL GOMES **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 190ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP90ªCIRC DIINTERM 4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0180002799

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/11/2017 às  
12:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culpa do (Consumador) que  
aconteceu no dia 1/10/2017 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: DISTRITO DE ITAUNA - CARUARU/PERNAMBUCO  
BRASIL Povoado: MUNICIPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: CENTRO -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DURALO: ALISON LAGRETE  
VITIMA: LINDA SILVA (VITIMA)

Dapco(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na descrição da ocorrência), que estava em posse da(s)  
Sr(a) SPENIL LUIZ DA SILVA

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

RENNE LUIZ DA SILVA (presente ao sinistro) - Sexo: MASCULINO NAS JANETE  
MARIA DA SILVA P/M ROBERTO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 1/11/1987 Nacionalidade  
BRASIL DO NASCE DE DEUS / PERNAMBUCO / BRASIL DOCUMENTOS: 2661286/SUS/PE  
(RG): 76430982491 (CPF): 1482037933 (CNPJ) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Espôso(a):  
GRAN INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Locais:  
2165646457)

Endereço: RUA NOVA, Nº 15, DISTRITO DE ITAUNA - CARUARU/PERNAMBUCO  
BRASIL Povoado: MUNICIPIO DE CARUARU, 12 - CEP: 55565-000 - Bairro: CENTRO -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DURALO: Natu da Alentejo NAO INFORMADO

Nome do Representante: Cargo do Representante: Pessoa de Contato no  
Estabelecimento Comercial: Telefone do Contato:

05.802.994/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
29 ABR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 ABR 2019

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

23/11/2017



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA  
DP17ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0107000309

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/03/2018 às 10:57

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiçabá (Consumo adg) que aconteceu no dia 7/12/2017 no período da Noite**

Foto cedida pelo usuário: AVENIDA NORTE, 51 - BRUNO: CASA ANABELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Pavão de Referência: FERTILIDADE DA IGNEJA QUADRANGULAR E SUPER MERCADO DESCONTO

Peșșăzî envevîdăzî ne ș-corrîncî.

filipino(s) analisado(s) na ocorrência:

WILSON, (Nada na geração de ocorrência) - que estava em posse do(a) Sr(a) ELEMENTO DESCONHECIDO

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

PERTO RAFAEL GOMES (presente em plantão) - Sexo: Masculino Mãe: BEATRIZ  
 MARIA DA SILVA Pai: DIMEU RAFAEL GOMES Data de Nascimento: 22/07/1927 Naturalidade:  
 GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 103899/00576 (RG) 9538552491 (C  
 Estado Civil: VIUVO(A) Esposado(a): 2º. GRAU COMPLETO Profissão: APOSENTADO  
 Endereço Residência: ESTRADA DO MONJO DA CONCEICAO,, 22 CASA C - CEP: 58000-  
 Bairro: MONJO DA CONCEICAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA  
 FARMACIA DO MONJO

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO - PERMANENTE - BRASIL

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

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRRETORA  
SEG. E AC. 2013  
Rua da Aurora, 175 - 1º andar  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2018

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

QUE ESTAVA EM DOSSÊ DA(S) D(e)a. ELEMENTO DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO (Unidade apreendida, NDA  
Número da Série: PFW216 PE YAMAHA  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Detenção: MOTOCICLETA DE COR PRETA DE MARCA YAMAHA PLACA PFW 216 PE  
CONDUZIDA POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO

1e2

02/03/2018 10:40

Ata de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/Desktop/BOEPrintView.html

## Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA 27/12/2017, POR VOLTA DAS 18, 45HS  
CABINHAVA PELA AV NORTE EM: CASA AMARELA RECIFE, FOI ATROPELADO POR  
UMA MOTO GUIADA POR U ELEMENTO DESCONHECIDO, - CAUSANDO-LHE UMA  
FRATURA NA PERNA DIREITA. TENDO SIDO SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO COR  
PO DE BOMBEIROS PE UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPO DE  
BOMBEIROS DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COMANDADA PELO 710141-BJHONATAS,  
QUE FUI PROCEIDIDO O SOCORRO TRANSPOR-TANDO A VITIMA PARA O HOSPITAL  
MIGUEL ARAUJO, REGISTRADO PELO PRONTUARIO 105552 QUE FICOU SOB  
CUIDADOS DO MEDICO LUIS T NETO, DESTE HOSPITAL. QUE O PACIENTE TEVE ALTA  
DA UNIDADE - HOSPITALAR EM 11/12/2017, PELO EXPOSTO PEDE AS PROVIDENCIAS  
CABIVELIS.

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

BERTO RAFAEL GOMES  
(VITIMA)

Berto Rafael Gomes

B.O. registrado por: RICARDO JOSE QUIRINO PESSOA - Matrícula: 118842-4

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



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 JUN 2019

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

BERTO RAFAEL GOMES

CPF da Vítima

093.685.824-91

Data do Acidente

07-12-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

29 ABR 2019

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

RECIFE-PE

Local e Data

PAULISTA, 06 de MARÇO de 2018

*Berto Rafael Gomes*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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