



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APB000041 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr("). 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 PFWK516-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(") 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(s) 710161-9 JHONATAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 109893. Ficou nos cuidados do médico LUIS T. NETO, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29/12/2017
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Posição em 24/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pernambuco.br>, consultar protocolo nº 2018APB000041

Av. Juiz de Barroso, 399 - Boa Vista - Recife-PE - CEP 50050-150
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-05

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29/12/2017

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:

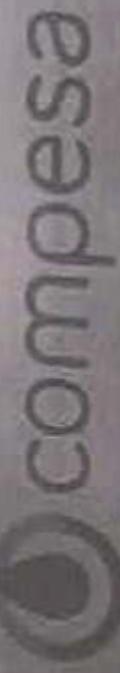
CLIENTE: BERTO RAFAEL GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 00000171355-7

Nr. da Autenticação 0960032A55D2AE25



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

NOTIFICAÇÃO DE DEBITO

DADOS DO CLIENTE

MARTA COSTA CABRA
EST. NOME DA CONCEICAO
DIFUSAS RECLIFFE
DISCRITAO: 360.001.001.0087.001 GRUPO: 15.142

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	MATR/CULA:	658.838.74.20
LIGADO	FACTIVEL	CASA (1 ANDAR	MORRO (1 C
HIDROMETRO	DATA(LT) ANTERIOR	DATA(LT) ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A 105555731	10/01/2018	08/02/2018	MEDIA /HD

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENCAO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO
ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.94, FICA Vossa SENHORIA CONTE
QUE, CASO OS DEBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
SUSPENSAO DO SEU ABASTECIMENTO DE AGUA. MANTEHA OS
DOCUMENTOS DE REGISTRAÇÃO EM SEU THOMBO PARA APRESENTACAO

05.802.494/0001-
TRABALHO CURRENTE
DESEGUROS LTD.

25/02/2018
VIA: CORREIO
REC. 175.5000
NOMENCLATURA



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente BERTO RAFAEL GOMES	6 - NPI Pessoal 109883	7 - Cadastrado no SUS 703403255422111	8 - Data de Nascimento 22/08/1927
9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X	10 - Raça/Cor 03 - Parda	11 - Nome da Mãe BEATRIZ MARIA DA SILVA	12 - Telefone de Contato 8198591413
13 - Nome Pessoal CRISTIANE	14 - Telefone de Contato	15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA DO MORRO DA CONCEICAO, 22 - MORRO DA CONCEICAO	16 - Município RECIFE
17 - INSC 261160	18 - UF PE	19 - CEP 52280040	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Profissão Bens e Serviços Comerciais
VITIMA VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA Perna Direita, COM EXPOSURA OSTEAL.

21 - Condições que levaram à internação TRATAMENTO CIRÚRGICO	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA Rua da Aurora, 175, 5º 902 BL C Belo Horizonte - MG 30160-010 Boa Vista - CEP 50.060-010 RECEPTE 50.060-010	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA Rua da Aurora, N° 175, 5º 902 BL C Belo Horizonte - MG 30160-010 Boa Vista - CEP 50.060-010
22 - Principais Parâmetros de Prova Diagnóstica EXAME FÍSICO E RADIOLÓGICO	23 - Diagnóstico Inicial / Crônico FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA	24 - CID 10 Princípios 5623
25 - CID 10 Recentes	26 - CID 10 Casos Agudas	27 - CID 10 Casos Agudas

28 - Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILO TIBIAL	29 - Código do Procedimento 0408560543	
30 - Especialidade CIRURGICA	31 - Código de Atenção 2	32 - N° do Documento (CNIS/CPP) do Profissional Autorizante 962016278437533
33 - Profissional Autorizante SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data de Reunião 17/12/2017	35 - Assinatura e Cachorro N° de Identificação do Consultor 16330

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	37 - CNPJ / Seguradora	40 - N° CRM	41 - CRMF
37 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNPJ / Empresa	44 - CRMF
38 - <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito			

45 - <input checked="" type="checkbox"/> Empregado	46 - <input checked="" type="checkbox"/> Empregador	47 - <input checked="" type="checkbox"/> Autônomo	48 - <input checked="" type="checkbox"/> Desempregado	49 - <input checked="" type="checkbox"/> Agropecuarista	50 - <input checked="" type="checkbox"/> Não Regulado
--	---	---	---	---	---

51 - Nome do Profissional Autorizante	52 - N° do Documento (CNIS/CPP) do Profissional Autorizante 5260000001	53 - N° da Autorização da Horação Hospitalar (AIH)
54 - Documento 1 - CNE / 2 - CPT	55 - N° do Documento (CNIS/CPP) do Profissional Autorizante	
56 - Data da Autorização	57 - Assinatura e Cachorro N° Registro do Documento	

AIH
261710296177-0

[Assinatura]

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaquaribe - Pernambuco - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 406967

Usuário: PAULAFSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: BERTO RAFAEL GOMES

Idade: 90s 3m 16d

Sexo: M

Profissão:

R.G.: 1029500

C.P.F.: 09368582491

Endereço: RUA DO MORRO DA CONCEICAO

, 22

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE EXTRA

Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Prontuário: 109893

Data de Nascimento: 22/8/1927

Estado Civil: SOLTEIRO

Escolaridade:

Telefone:

MORRO DA CONCEICAO

CEP: 52280040

- RECIFE

- PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 7/12/2017 23:12

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

Endereço:

Telefone:

R.G.:

Número:

C.P.F.:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11 / 12 / 17

Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: _____

Diagnóstico Principal.....: _____

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

cedimento.....: _____

REVISADO

CCIH-HMA

Alota Rosa da Silva Gomes

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

25 AGO 2019

Rua da Aurora, nº 175, bairro Boa Vista
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE - PE

Em 07 de novembro de _____

Bertou Gomes Rosa da Silva
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..... :
CID's Secundários. : Plano...: PLANO UNICO
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 AGO 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
BRAZILIA - DF - 70060-010
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
BRAZILIA - DF - 70060-010

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl c
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16399
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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:	406964
SAME:	97483

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

ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343136 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

URGENCIA AMARELO

AMARELO

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.

Exame sintoma:

Discriminador(es):

Especialidade:

TRAUMA

- 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 OXIGÉNIO: 98,00 %

05.802.494/0001-41
 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

REVISADO
NEPI-HMA

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

Acolhido(a) por: ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343136 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/12/2017 22:39

istema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 406964

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

Senha da Classificação:

P0006

Paciente: 109893 BERTO RAFAEL GOMES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/08/1927

Idade: 90 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: BEATRIZ MARIA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

22

CRM: 12345

Endereço: RUA DO MORRO DA CONCEICAO

Cidade/UF: RECIFE

PE

Bairro: MORRO DA CONCEICAO

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

Nr Documento Estrangeiro:

Peso _____

Altura _____

Temperatura: _____

Hora: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Queixa Principal:

Doença de Vámito com sede de Caudadura - Dolorosa

Exame Físico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Ribeirão Preto SP
021 3200-2719

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE PE

Fone: + 55 81 3200-010

RECEBIDO

DATA: 29 AGO 2019

SENHA: 290819

REC. P. E.

Assinatura: *...Gomes*

Carimbo: *...Gomes*

CDH - Cidade

REC. P. E.

Assinatura: *...Gomes*

Carimbo: *...Gomes*

CDH - Cidade

REC. P. E.

Assinatura: *...Gomes*

Carimbo: *...Gomes*

CDH - Cidade

REC. P. E.

Assinatura: *...Gomes*

Carimbo: *...Gomes*

CDH - Cidade

REC. P. E.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2019 Senha: _____

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

REC. P. E.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: BERTO RAFAEL GOMES

REG: 109893

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	# ADMISSÃO ORTOPEDIA #
07/12/17 23H	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 01 HORA, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MID, COM PRESENÇA DE FERIMENTO EXTERNO.
	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	→ Mid: O EP estava com forma de ② CC + RC - R est. fratura o COTIL (2/3)
	→ Existe exsudado seroso interdigitalmente S/A EF: EGR, consciente, algo enxaquecida, urinaria, hidrope glargone 15.

- Mid: aberto, fechado

- FO: Bom aspecto

- RV: Rx radiografia

- CP: Boa S'onda

Cultivo ECO + Poxon + Sab

05.802-494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Dr. Renato Holanda

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 02345

29 AGO 2019

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: 46679
Paciente: 109893
Convênio Atend.: 1
Leito: 779
Dt. Início: 08/12/2017 00:47
Cid Pré-Operatório: S823
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0002 SALA 02
BERTO RAFAEL GOMES
SUS - INTERNACAO
VERD2EXTRA
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento: 400067
Carteira:
Idade: 90 Anos 16 Dias 1 Hora

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 26

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA QUÍFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA PURA

PILÃO TIBIAL

CIRURGIA:

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS 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 ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 DISTAL DA PERNAS, DEBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS;
5. LAVAGEM EXAUVESTA COM SORO FISIOLOGICO
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, 902 BL. C
Boa Vista - RECIFE - PE
CEP: 50.060-010

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, 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Legal
Prof. Francisco Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:

IDADE: 30 DATA DA ADMISSÃO: / / REG: 109.913
DIAGNÓSTICO: Plastura das costas da parte () DATA DA ALTA: / /

TRATAMENTO REALIZADO:

Almofada pro cirurgia e/ou ferida extirpada

ORIENTAÇÃO:

→ NÃO PISAR

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: X/ /

C/15 DIAS

05.802.494/0001-41
TRÂNSITO MIGUEL ARRAES
DE SEGUROS LTDA
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM
Francisco Couto
CRM 13248

05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2009

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

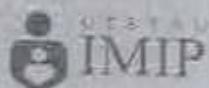
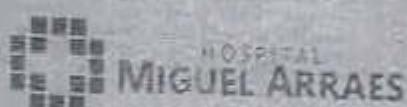
Atendimento:	406967		
Dt Atendimento:	07/12/2017	-	23:12
Paciente:	109893	BERTO RAFAEL GOMES	
Serviço:	37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Convênio:	1 SUS - INTERNACAO
Leito:	68 QRTL-S10-LEITO 004	Plano:	1 GERAL
Motivo Alta:	1 ALTA MELHORADA	Usuário:	DRIELLYFEB
CID:	5823	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	
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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 AGO 2019
Rua da Aurora, 19 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 AGO 2019
Rua da Aurora, 19 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 AGO 2019
Rua da Aurora, 19 175, 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

Busto Rafael Gomes

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de Fratura 1 ossos 1 perna direita em 08/12/17. Evolui com consolidação vias d'água 1 ossos 1 perna + deformidade 1 perna (P). Apresenta ferimento d'água maior.

Não há mais projeto ortopédico para o paciente.

OD 1781.0

M21.9

OS.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DES. 2019
RUA DA AUTORUA
Nº 175, SL 902 BL C
Belo Horizonte - MG - 30130-000
Fone: (31) 3222-1000
Fax: (31) 3222-1000

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2019

Rua da Autore, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

16/08/18

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIDADE CACAU TAVARES BORGES

DS:802,494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2014

Avenida Araripe, nº 175, 5º andar
Belo Horizonte - CEP 30.900-010
MG-Brasil



DS:802,494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

POLEGAR DIREITO



WILSON JOSE DA SILVA
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

UF: SUL

1.029.500

DATA DE
EXPEDIÇÃO

14/02/2012

NAME

<< BERTO RAFAEL GOMES >>

NUPLA

<< DIRCEU RUIZ GOMES >>

<< BEATRIZ MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE

GOIÁNA - PE

DATA DE NASCIMENTO

22/08/1927

DOC. NÚMERO << CC.5175 LIB E186M CART GOIANA
PE 10 08 2007 >>

OPF
Q93 685.824-91

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS S/A

29 AGO 2009

Rua da Aurora, 111 17002-000
Belo Horizonte - MG
Brasil - CP 50000-0000
Fone/Fax:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180401875
Vítima: BERTO RAFAEL GOMES

Cidade: Recife
Data do acidente: 07/12/2017

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2018

Valorização 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



**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.seguraduralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0321206
(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

093 685 824-91

Nome completo da vítima

BERTO RUIFEL GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	BERTO RUIFEL GOMES	CPF titular da conta	093 685 824-91	Profissão	MOTORISTA
Endereço	ESTRADA MARESIA DVI CONCEICAO	Número	72	Complemento	65-C FAUNA
Bairro	CINTO UNIRCLI	Cidade	RCCIFC	Estado	PE
UF				CEP	52280-030
				Telefone (DD) (081)	485081136

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexe uma prova de residência em todos os bancos)

BRADESCO (281) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341) BRINCA TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N°	0049	DATA	00/11/2018	AGÊNCIA N°	29-AUT-2019	DATA	00/11/2018
CONTA N°	00171355	DATA	00/11/2018	CONTA N°	00/11/2018	DATA	00/11/2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, com base nisso, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data
BERTO RUIFEL GOMES
06 de NOVEMBRO de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Mastertech
digitalo

603689 0010 49524 5011

BERTO RAFAEL GOMES
0049 013 00171356-7 08/21

05.802.493/0001-41
MUNICÍPIO FEDERADO
DE SÃO JOSÉ DO RIO

2.9 MILHÕES

Rua da Árvore, 1075 - Centro
Cidade - CEP 59040-000
Fone: (49) 3221-2121

CAC

POWERTECH

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fernanda Cardoso Guerra Fonseca".



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 990ª CIRCUNSCRICAO - CARUARU -
DP990/CIRC DINTER/14/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17EO180002799

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culpação (Consumo) que
aconteceu na dia 17/10/2017 às 20:00**

Fato ocorrido no bairro: DISTRITO DE ITAUNA - CARUARU/PERNAMBUCO
BRASIL, Pernambuco, Município de CARUARU, 1 - BAIRRO CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local da Ocorrência: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
DURACO (ALUNO) (Aluno);
VENHÉ (LEDA SILENA) (Vitima);

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:
MELISSA (Usado na elaboração da ocorrência), que estava em: DURA

CO - DURACO (ALUNO) / DA SILVA

Qualificação das(s) pessoa(s) envolvida(s)

REUNES LUIZ DA SILVA (presente no pintão) - 0502.845001-41
MARIA DA SILVA (05) ROBERTO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 1/1/1987 Cidadão
BREJO DA MADRE DE Deus / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 3663286-5000/PE
(05) 764282499 (GPF) 1482827922 (GNE) Endereço: Rua SÓLVEIRO(A) Localidade: 2 -
CIAU INCOMPLETO Pintor/Agricultor(A) Telefone: Celular: 81-
9886484379

Residência: RUA NOVA, N° 15, DISTRITO DE ITAUNA - CARUARU/PERNAMBUCO
BRASIL, Pernambuco, Município de CARUARU, 15 - CEP: 56000-000 - BAIRRO: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DURACO - Número do Aluno: NÃO INFORMADO

Endereço: Rua NOVA, N° 15, Centro do Pintão - Pintor de Cozinha no
Endereço: Rua NOVA, N° 15, Centro do Pintão - Pintor de Cozinha -
Endereço: Rua NOVA, N° 15, Centro do Pintão - Pintor de Cozinha -

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2019

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

23/11/2017

02/03/2018 07:31

Elo HR/USPC/Polícia Civil/InfoPulse/BOEPrecos/10ml



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 17ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA
DP17°CIRC-DIM/5°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0107000309

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

**ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Cuidado (Consumo abusivo) que
aconteceu no dia 7/12/2017 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço AVENIDA NORTE, 81 - Bairro: CASA AMARELA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Perto de Ribeiraria - FRTV DA IGREJA
QUADRANGULAR E SUPER MERCADO DESCONTRO
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (Autor / Agente) :
BERTO RAFAEL GOMES (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VÉHICULO (Usado na execução de ocorrência), que estava em posse da(s) Síria:
ELEMENTO DESCONHECIDO

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

BERTO RAFAEL GOMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino / NOME: BEATRIZ
MARIA DA SILVA PRIM DIRETOS RAFAEL GOMES Data da Nascimento: 22/07/1987 Naturalidade:
BHIANA - PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 10388699/00/PE (ID): 65388883491 (CPF)
Estado Civil: VIUW(A) Escolaridade: 2. GRAU CONFLITO Político: APOSENTADO
Endereço Residencial: ESTRADA DO MORRO DA CONCEIÇÃO, 22 CASA C - CEP: 50000-000 DE
BAIRRO: MORRO DA CONCEIÇÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA
FARMÁCIA SÓS JESUS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO 2018

ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:
MASCULINO / NOME: NÃO INFORMADO - NATURALIDADE: BHIANA

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

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

QUE ESTAVA ANDANDO NA AV. (S/ NOME) ELEMENTO DESCONHECIDO
CATEGORIA: MOTO / MOTOCICLETA / TAMANHO / NÃO INFORMADO União Sagres/PE
NÚMERO DA PLACA: PFW 2216 PE
COR: PRETA - UNIDADE: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

DESCRIÇÃO: MOTOCICLETA DE COR PRETA DE MARCA YAMAHA PLACA PFW 2216 PE
CONDUTA POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO

162

01/03/2018 10:46

Item de Ocorrência

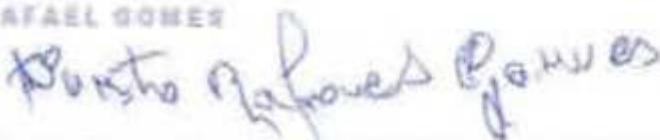
File:///C:/Users/dicas.Civil/Desktop/km1/BOEPrecario.htm

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO SUEZ NO DIA 07/12/2017, POR VOLTA DAS 20, 45HS
ESTAVAM NA RUA AV. NORTE EM CASA BRANCA RECIFE, FOI ATROPELADO POR
UMA MOTO GUIADA POR U ELEMENTO DESCONHECIDO, CAUSANDO-LHE UMA
FRACTURA NA PERNAS 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 710741-SJHONATAS,
QUE FUI PROCEDIDO O SOCORRO TRANSPOR- TANDO A VITIMA PARA O HOSPITAL
MIGUEL ARRaes, REGISTRADO PELO PRONTUARIO 16663 QUE FICOU AOS
CURADORES DO MEDICO LUIS T NETO, DESTE HOSPITAL, QUE O PACIENTE TEVE ALTA
DA UNIDADE - HOSPITALAR EM 19/12/2017, PELO ESPORTO PEDE AS PROVIDENCIAS
NECESSARIAS.


uma ou(a) pessoa(s) presente nesta unidade policial

BERTO RAFAEL GOMES
(VITIMA)



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

05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
Belo Horizonte - MG - 30060-010
031-9999-8600-010
BONIFACIO - MG - 31000-010



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 APR 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 RAPHAEL 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 (DDRR)

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:

Assinalei uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29/07/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.000-010

RECIFE-PE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALECO1.V001/2017

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.000-010
RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal