



Número: **0015240-94.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEOVANE DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63978450	30/06/2020 14:12	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura abrasão exposta de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com mobilidade e força preservados do pé esquerdo, sem alteração da marcha, presença de cicatriz em calcâneo sem hipertrofia ou retração.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Geovane dos Santos Silva

portador(a) do documento de identidade nº 8.785.053, expedido por SPS/PE, em
16/06/2009, inscrito no CPF sob o nº 109.270.254-77, residente na
Sítio Aroeiras, nº S/Nº,
complemento Casa, Bairro Zona Rural, cidade
Bom Jardim, Estado PE.

2. Outorgado Geane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SAS/PE, em
06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na
Rua da Alegria, nº 317,
complemento casa, Bairro Centro, cidade
Limoeiro, Estado PE.

Ampla poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, o especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Bom Jardim, 13 de agosto de 2018.

Outorgante X Geovane dos Santos Silva

Cartório



Cartório Sérgio Vasconcelos

Rua Cristóvão Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55720-000
Tel (071) 3638-9430

Reconheço por Autenticidade a firma de **GEOVANE DOS SANTOS SILVA**, Bom Jardim, 13 de agosto de 2018. Em test*

da verdade, **JOSÉ CARLOS DA SILVA**

BEZERRA, ESCRIVÃO AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40

- TSN: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:

0077586.BM05201801.02187 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159007/19
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA
CPF: 109.270.254-77
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 24/06/2018
Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEOVANE DOS SANTOS SILVA : 109.270.254-77

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 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: 13/05/2019
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Carolyn Lins Veloso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 3.
@10 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426787/18

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

CPF: 109.270.254-77

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEOVANE DOS SANTOS SILVA : 109.270.254-77

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 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: 26/11/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Carolyn Lins Veloso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190319443 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura abrasão exposta de calcâneo esquerdo

Descrição do exame físico: Vítima com mobilidade e força preservados do pé esquerdo, sem alteração da marcha, presença de cicatriz em calcâneo sem hipertrofia ou retração.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com limpeza e sutura do ferimento, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 23/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01087/01088 - carta_02 - INVALIDEZ

00070544



Carta nº 14321276





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00475/00476 - carta_04 - INVALIDEZ

00070238



Carta nº 14376179





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319443

Vítima: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14297577





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, via minha intermediária, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a extinção do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou herdeiros (ou) nascidos?

☐ Sim ☐ Não Vítima deixou outros bens? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso leve, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Insigne
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Bom Jardim - PE, 09/05/2019.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Xheovane dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

3ª Nome:

CPF:

4ª Nome:

CPF:

5ª Nome:

CPF:

6ª Nome:

CPF:

7ª Nome:

CPF:

8ª Nome:

CPF:

9ª Nome:

CPF:

10ª Nome:

CPF:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



19/10/2018 - BANCO DO BRASIL S.A.
8165874471 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.00.13

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1658-0 CONTA: 28.755-5
CLIENTE: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
28/09/2018		
Saldo Anterior		0,010
N A G H A L A N C A M E N T O S		
Saldo		0,010
Juros *		0,00
Data do Debito de Juros	01/11/2018	
IOF *		0,00
Data do Debito de IOF	01/11/2018	
(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206002472**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2018** às **15:55**

Complementa o BO Número: **18E0206001332**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 1, PERTO DA ENTRADA DA PISCINA DE DEDE - Bairro: UMARI - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GENILSON FILHO DE GENILDO (AUTOR / AGENTE)
KÁTIA SOUZA DE ANDRADE (OUTRO)
MICHELE MARTINS DA SILVA (OUTRO)
GEOVANE DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)
JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILSON FILHO DE GENILDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO**

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA Data de Nascimento: **30/1/1992** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 144, SÍTIO AROEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A FAZENDA DE ABELARDO**

JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: **10/6/1979** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

GENILSON FILHO DE GENILDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: **1/1/2001** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

KATIA SOUZA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: **1/1/2000** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MICHELE MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ILZA MARTINS DE



ANDRADE SILVA Data de Nascimento: 11/4/1983 Naturalidade: CUBATAO / SAO PAULO / BRASIL

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KATIA SOUZA DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENILSON FILHO DE GENILDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MICHELE MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLANTÃO O SENHOR JOSÉ INÁCIO DA SILVA, CONHECIDO POR GENILDO, PARA RELATAR QUE NA MADRUGADA DE HOJE, POR VOLTA DE 01:00H, SEU FILHO GEOVANE, QUE ESTAVA DE CARONA (GARUPA) NA MOTO CONDUZIDA PELO SENHOR JOSÉ AMAVEL, SOFREU UMA COLISÃO NA PE-90 COM UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, CONDUZIDO PELO SENHOR GENILSON, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, VINDO O CARRO NO SENTIDO BOM JARDIM - SURUBIM, E A MOTO NO SENTIDO CONTRÁRIO. TANTO GEOVANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAM QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4613, UM FIAT BRANCO. AS DUAS VÍTIMAS FICARAM GRAVEMENTE FERIDAS E ESTÃO HOSPITALIZADAS. O SENHOR GEOVANE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU DE JOÃO ALFREDO E LEVADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, SENDO DE LÁ ENCAMINHADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EM RECIFE. QUE JOSÉ AMAVEL FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU DE BOM JARDIM E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, SENDO APÓS REMOVIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA

(VITIMA) *Geovane dos Santos Silva*

B.O. registrado por: **NATHÁLIA VASCONCELOS PASSOS** - Matrícula: **387488-5**

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORNETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Mai 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 302 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206001332**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/06/2018** às **18:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 1, PERTO DA ENTRADA DA PISCINA DE DEDE - Bairro: UMARI - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA (AUTOR / AGENTE)
GEOVANE DOS SANTOS SILVA (VITIMA)
JOSE AMAVEL BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

GEOVANE DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA Data de Nascimento: 30/1/1992 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 144, SÍTIO AROEIRA - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE A FAZENDA DE ABELARDO**

MOTORISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE AMAVEL BARBOSA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 10/8/1979 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MOTORISTA, que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE PLANTÃO O SENHOR JOSÉ INÁCIO DA SILVA, CONHECIDO POR GENILDO, PARA RELATAR QUE NA MADRUGADA DE HOJE, POR VOLTA DE 01:00H, SEU FILHO GEOVANE,

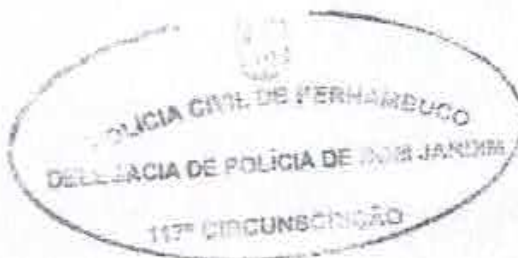
04/07/2018 15:17



QUE ESTAVA DE CARONA NA MOTO DO SENHOR JOSÉ, FOI ATROPELADO NA PE-90 POR UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM. TANTO GEOVANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAM QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4813, UM FIAT BRANCO. AS DUAS VÍTIMAS FICARAM GRAVEMENTE FERIDAS E ESTÃO HOSPITALIZADAS.

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

B.O. registrado por: **NATHÁLIA VASCONCELOS PASSOS** - Matrícula: **387488-5**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AEL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REISTRRO DE INFORMAÇÕES CADAISTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 406/2013

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel./DDD:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Comente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (941)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nome(s) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nome(s) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não

Este é cliente de que a Seguradora Líder paga a, caso devida, a indenização do seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Bom Jardim PE, 09/05/2019

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

3º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 00056181-9

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Endereço: SÍTIO. ARGEIRA

Cidade: BOM JARDIM/PE

Documento:

Mãe: ROSELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Profissão:

CEP:

CNS: 707700661421010

Idade: 26 ANOS, 4 MESES E 25 DIAS

Data de nascimento: 30/01/1992

Sexo: M

Bairro:

NAC: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Responsável: JOÃO DOS SANTOS (IRMÃO

Pai:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
24/06/2018 01:55	0223229	QUEDA DE MOTO (MOTO E CARRO)

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	TEMPERATURA	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

avulsão de um dos
fracturas da mandíbula esquerda

Tratamento

- Transferido para o serviço de urgência
8

Dr. Parcelino Meneses
Médico
CREMEPE 23598

Gelulox 5454 421

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

as ____ h ____ m do dia

as ____ h ____ m do dia

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 24 de Junho de 2018 às 01:55

<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO		ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	TÉCNICO / COREN
Consultas / Atendimento Médico: <input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada		MÉDICO / CRM 	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Geovane dos Santos Silva

RG nº 8.785.053, data de expedição 16/06/2009 Órgão SDS-PE

CPF nº 109.270.254-77 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Groeiras</u>
Número	<u>460</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Boa Gardia</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Gardia - PE, 09/05/2019.

Assinatura do Declarante: Geovane dos Santos Silva

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 RL-2
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000
CNPJ 10.926.889/0001-01 | Ins. Est. 505543-03 | www.celpe.com.br

RICELIA MARCOS SANTOS SILVA

CPF 035 923 754-59 NIS 10548894-190

BT RESIDENCIAL
BARRAGEM COMITE

ZONA RURAL, BOM JARDIM/PE
BOM JARDIM/PE
55730-000

SPONSORES
00754889
NOME
LITICA
CONTEUDO
21/03/2019
ASSINATURA
01000018
NOME CLIENTE
RICELIA SANTOS
IPVA/RENTAL
477794

CODIGO DOCUMENTO
1725708013
DATA
03/2019
DATA DE VENCIMENTO
28/03/2019
DATA DE PAGAMENTO
03/04/2019
TOTAL PAGAR (R\$)
35,71

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Contrib. Rum. Prefeitura Municipal
Contribuição CERCA - (081) 2634-1030

Quantidade	Preço unit.	Valor unit.
30,000000	0,1902510	5,70
70,000000	0,3246616	22,73
1,000000	0,4800077	0,48
		5,20
		7,01

TOTAL DA FATURA

35,71

IP DO	TIPO DA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	IP DE	CONSUMO	ADICION	CONSUMO
00000000	PARCIA	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
Consumo Ativo até 30 kWh								
00000000	001	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	002	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	003	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	004	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	005	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	006	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	007	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	008	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	009	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	010	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	011	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	012	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	013	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	014	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	015	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	016	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	017	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	018	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	019	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	020	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	021	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	022	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	023	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	024	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	025	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	026	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	027	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	028	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	029	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	030	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	031	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	032	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	033	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	034	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	035	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	036	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	037	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	038	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	039	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	040	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	041	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	042	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	043	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	044	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	045	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	046	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	047	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	048	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	049	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	050	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	051	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	052	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	053	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	054	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	055	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	056	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	057	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	058	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	059	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	060	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	061	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	062	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	063	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	064	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	065	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	066	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	067	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	068	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	069	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	070	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	071	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	072	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	073	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	074	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	075	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	076	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	077	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	078	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	079	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	080	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	081	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	082	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	083	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	084	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	085	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	086	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	087	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	088	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	089	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	090	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	091	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	092	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	093	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	094	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	095	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	096	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	097	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	098	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	099	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000
00000000	100	00000000	15/03/2019	17/03/2019	00000000	1,0000		1,0000

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. AP

071-367228515-1

12/Mar/2019

HORA DE 13:18:27

TERM 849979

LOT. 15.016200-2
LOCALIDADE: JOAO ALFREDO
AG. VINCULADA: 0053

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 002-409-305-BB

TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 4270 FREG. DOS AFOGADOS Recife PE
CNPJ: 07.421.422/0001-95 - I.E.: 0265814-08

EMISSÃO: 07/03/2019
REFERÊNCIA: MAN/2019
PERÍODO: 07/02/2019 A 06/03/2019
CFOP: 1.307

ENDEREÇO FISCAL

GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 02914879453
RUA DA ALEGRIA, 317, CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1	1	30%	3,65%	30,39

9,06

Base de Cálculo R\$30,39

Alíquota 20%
Alíquota 3,65%

ICMS
PIS/COFINS Serviço de Telecom

Recebido do Fisco: 0870.9944.2.002.3465.0001.0940.0240



TIM S.A.
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 4270 FREG. DOS AFOGADOS Recife PE
CNPJ: 07.421.422/0001-95 - I.E.: 0265814-08

R\$ 44,99

VENCIMENTO

25/03/2019

EMISSÃO: 07/03/2019

POSTAGEM: 15/03/2019

FATURA: 372102764

DÍGITO AUTOMÁTICO: 000000001305018009

RESUMO DA SUA CONTA

Serviços TIM S.A.	VALOR
Frangimento TIM Controle Light Plus	R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR
Frangimento TIM Controle Light Plus	1	44,99
Frangimento TIM Backup 5GB	3	Incluído
Frangimento TIM Backup Virtual	3	Incluído
Total de Mensalidades		44,99

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
Vila - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Cliente TIM Movei tem mais comodidade ao consultar o status em aplicativos e ainda ganha um bônus de 10% em todo mês. Para mais informações e condições, visite www.timmovei.com.br

NOME DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO		VALOR
GEANE DA SILVA COUTINHO		25/03/2019		R\$ 44,99
IDENTIFICAÇÃO DE TÍTULO AUTOMÁTICO		DATA DE EMISSÃO		
00000001305018009		07/03/2019		
NÚMERO DE TÍTULO AUTOMÁTICO		DATA DE EMISSÃO		
84600000000 - 6		05/03/2019		
NÚMERO DE TÍTULO AUTOMÁTICO		DATA DE EMISSÃO		
44990102011 - 7		05/03/2019		
NÚMERO DE TÍTULO AUTOMÁTICO		DATA DE EMISSÃO		
40382118013 - 2		05/03/2019		

CONTAS DIGITAIS

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Mude para Conta Digital! Você receberá um fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizar, o qualquer momento, pelo App ou Site. Meu TIM, Acesse o App ou visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.meutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Geane da Silva Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794/51,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geovane dos Santos Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 109.270.254 77, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima
Geovane dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.270.254 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua da Alegria		317	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
centro	Linsópolis	PE	55.700-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			99938-8886 (87)

Linsópolis de maio de 2019
Local e Data

Geane da Silva Coutinho
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C
Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

OLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Michelle Martins da Silva,

RG nº 42.417.380-9, data de expedição 10/03/2004

Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 321.157.138-85, com

domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de Pernambuco,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Aroeiras, nº 5/Nº,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Geovane dos Santos Silva, cujo o condutor era

João Amável Barbosa Filho

Veículo: motocicleta Honda CG 125 Titan KS

Modelo: 2004

Ano: 2003

Placa: KKT-4029

Chassi: 9C2JC30104R023784

Data do Acidente: 24/06/2018

Local e Data: Bom Jardim, 13 de agosto de 2018

Michelle Martins da Silva
Assinatura do Declarante

JOÃO AMÁVEL BARBOSA FILHO

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



Cartório Sérgio Vasconcelos

Grupo Ricardo Vasconcelos - CARTELÃO

Rua Cassiano Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55700-000
Tel (071) 3688-1810

Reconheço por Autenticidade a firma de MICHELLE MARTINS DA

SILVA, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em test:

da verdade, JOSE CARLOS DA SILVA

BEZERRA, ESCRITAMENTE AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40

- TSNR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:

0077586.SIC05201801.02258 Consulte autenticidade em



Cartório Sérgio Vasconcelos

Grupo Ricardo Vasconcelos - CARTELÃO

Rua Cassiano Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55700-000
Tel (071) 3688-1810

Reconheço por Autenticidade a firma de JOÃO AMÁVEL BARBOSA

FILHO, Bom Jardim, 28 de setembro de 2018. Em test:

da verdade, JOSE LUIZ BEZERRA,

SUBSTITUTO Emol.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40 - TSNR: R\$ 0,80 -

Total: R\$ 4,79 Selo: 0077586.SIC05201801.03104 Consulte

autenticidade em www.tjpe.br/portal/autenticidade

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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



UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 90056181-9
 Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA
 Endereço: SÍTIO. AROEIRA
 Cidade: BOM JARDIM/PE
 Documento: CEP: 54542-110
 Mãe: ROSELIA MARIA DOS SANTOS SILVA
 Profissão:
 Idade: 26 ANOS, 4 MESES E 25 DIAS
 Data de nascimento: 30/01/1992 Sexo: M
 Bairro:
 NAC: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Responsável: JOÃO DOS SANTOS (IRMÃO)
 Pai:

Últimas Ocorrências		
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
24/06/2018 01:55	0223229	QUEDA DE MOTO (MOTO E CARRO)

PRE-CONSULTA Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	TEMPERATURA	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
avulsão de um osso fratura da mandíbula esquerda	- Trauma na + veia 8x45% Dr. Parcelino Menezes Médico CREMEPE 23598 Geluho 5454 421

Exames complementares Impressão diagnóstica CID

Motivo da saída:
 Residência ☐ Internado ☐
 Justificativa:

Encaminhado:
 Removido:
 Óbito:
 as ____ h ____ m do dia
 as ____ h ____ m do dia

ADM MEDICAMENTO:		TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	HORÁRIO:
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data saída:

Hora saída:

Data da impressão: Domingo, 24 de Junho de 2018 às 01:55





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 597357

1.1 - Atendimentos em: 24/06/18

1.2 - Às 04 horas e 40 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1089373

2.1 - Internado em: 24/06/18

2.2 - Alta em: 26/06/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA ABRASÃO EXPOSTA DE CALCANEÓ + EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEÓ DE PÉ ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 24/06/18: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 13.9.2018

HORA: 15:23:38

PASTA: 01.09.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167
Dra. Jéssica Guido.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**



Secretaria Estadual de Saúde - HGV

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: GEOVANE DOS SANTOS SILVA REGISTRO: 1089373

Data da operação: 24/06/18

Operador: DR. ROMERO MENDES

1º auxiliar: DR. HEBERT VARELA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA ABRASÃO EXPOSTA DE CALCANEAO +
EXTENSO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEAO DE PÉ
ESQUERDO

Tipo de operação: LMC + SUTURA + CURATIVO COMPRESSIVO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito ventral sob anestesia
- 2) Antissepsia e assepsia
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Observado extenso ferimento, de aproximadamente 10 cm, em região posterior do pé esquerdo. Ausência de lesão de tendão ao exame físico.
- 5) Realizado desbridamento de bordas.
- 6) Realizada lavagem copiosa com SF 0,9%;
- 7) Sutura com Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril compressivo
- 10) Boa perfusão distal após o procedimento.

Dr. Hebert Varela
Médico
CRM/PE 26492

05.802-494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 III E
Boa Vista - CEP: 51.040-010
RECIFE-PE





Governo Municipal
JOÃO ALFREDO
JUNTOS CONSTRUÍMOS MAIS

PREFEITURA DE JOÃO ALFREDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti

UNIDADE DE DESTINO:

Hospital Celso Viana

DADOS DO PACIENTE

NOME: Geovane dos Santos

CPF	IDENTIDADE	DATA NASCIM.	SEXO
			FEM <input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/>

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de trauma (acidente de moto), com fratura aberta em tórax esquerdo. Paciente estável hemodinamicamente PA: 120 x 80 mm Hg, consciente, sem lesão glenohumeral de 15.

CONDUTA INICIAL:

13/06/2020

EXAMES REALIZADOS:

Sonografia: 51.8421

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Fratura de tórax esquerdo

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Dr. Parcelino Meneses
Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco			SUMARIO DE ALTA	
HOSPITAL Getúlio Vargas			02 (DUAS) VIAS	
NOME Geovane dos Santos Silva			CARTÃO SUS	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:	
ORTOPEDIA	SR	32	1089373	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza Cirúrgica + Sutura)				
DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA:	DIAS DE INTERNAÇÃO:		
24/06/18	26/06/18	02		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:	CID:	CARIMBO DE PROCEDIMENTO		
0415030013	S92.8	0413040178		
COC	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Romero Mendes		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr Hebert Varela		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO, (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta do calcâneo esquerdo, submetido a limpeza cirúrgica + curativo.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO _____ MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA _____		IML _____ SVO _____ BO _____		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO				
Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA				
26/06/18				

05.802.424/0001-11
TRACÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Assinado eletronicamente por:
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico Responsável





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU
Secretaria de Saúde de João Alfredo
Rua treze de maio, João Alfredo-PE.
CEP: 55.720.000



**SAMU
192**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que GEOVANE DOS SANTOS SILVA, fez uso dos serviços desta instituição, ocorrência nº 493566, na data de 24/06/2018, na condição de paciente vítima de queda de moto, sendo o mesmo passageiro, apresentando escoriações e fratura exposta de tornozelo esquerdo. O mesmo foi direcionado pela central de regulação e conduzido em nossa USB para a Unidade Mista Joana Amélia Cavalcanti.


Enfermeiro
COREN-PE 203068

COORDENADOR DO SAMU
Enf^{ro}. André Luís Aguiar de Lima
COREN: 203068-PE

João Alfredo, 24 de abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: *Fratura exposta TNZ (E)*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados *① Cefalotina 1g - 2FA + SF 2,9% IV agor*

Resultado de Exames: *② SAT 5000UI IM agor* Código Procedimento:

③ VAT 0,5ml IM agor

④ Rx TNZ - Perna Esq Ass. Médico + Carimbo

⑤ Ao Bloco Cirúrgico (04:20) Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadido-se

☐ Curado ☐ Melh ☐ Inalterado ☐ Pior ☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐ Assist. Social

Observações:

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos, inclusive transfusões e sem os exames e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 24/06/2018 04:40 h SEPHORAPT impressão: 24/06/2018 04:40 h - SEPHORA

04:20: Aguarda Marca para fazer o bloqueio cirúrgico.

05.802.494/0001-41
TRACAO CONSTRUTORA
DE SEGUROS LTDA
Médico
13 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boca Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGENCIA



ATENDIMENTO: 567357

Prontuário: 1089373

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data Nasc.: 30/01/1992

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 10927025477

RG: 8785053

CNS: 707700661421010

Endereço: SÍTIO AROEIRA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BOM JARDIM

Nº: 144

Estado: PE

CEP: 55730000

Fone: 97837223

Profissão:

Nome da Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

Companhante: JOÃO DOS SANTOS (IRMAO)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: BOM JARDIM

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: N. SENHA: 843421 - HOSPITAL MUNICIPAL DE BOM JARDIM - PACIENTE REFERE TRAUMA EM TORNOZELO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Principais HDA:

*Tabento, trauma de acidente motor, dor tipo com
uma n. e. na área do tornozelo.*

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motociclista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>	
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Atima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Altura:	
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por que:			
Observações:					

A: Geral Vias aéreas esta pervia Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: °C

Ceo, consciente, orientado

B: Respiratório

Respiração, respirando em ar ambiente

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: 80 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 4 Hora:

Score: 5 Hora:

Score: 6 Hora:

ECG - 15

TRACADO ECG - 15

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 125, S/N - 55730-000
Bom Vista - CEP: 55730-000



1 de 2

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Geovane dos Santos Silva			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 32	Nº DO REGISTRO: 1089373	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza Cirúrgica + Sutura)				
DATA DA INTERNAÇÃO: 24/06/18		DATA DA ALTA: 26/06/18		DIAS DE INTERNAÇÃO: 02
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID S92.9	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CGO	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Romero Mendes		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr Hebert Varela		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta de calcâneo esquerdo, submetido a limpeza cirúrgica + curativo.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Fratura Exposta Calcâneo Esquerdo				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO _____ MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA _____		IML _____ SVD _____ BO: _____		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 26/06/18				

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

13 MAI 2019

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

RECIFE-PE

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Médico Responsável



DR. JOÃO LUIZ

ORTODONTIA E ORTODONTILOGIA | CRM 12035

Laudo médico

Alexio da Gervina dos Santos Silva

(RG 8 785 053 SDS-PE) vítima de acidente motociclístico em 24/06/2018, sofreu fratura exposta do calcâneo (E) (C19 S92.0) + Lesão extensa de partes moles no tornozelo (E) (C19 S91.3). Realizou tratamento cirúrgico (limpeza cirúrgica + reparo de partes moles). Apresenta-se com debilidade funcional do MIE em 40% (por diminuição de força e da ADM). Alta médica definitiva.

C271111-PE

15/04/2019

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

RECIFE-PE

Dr. João Luiz da Rocha
Ortodontia / Traumatologia
CRM-12035

ROCHA@DESEMAIL.COM | DR. JOÃO LUIZ DA ROCHA CRM 12035 (01) 33387-1294

Scanned with CamScanner

CÓDIGO DE CONTROLE
D096.08BF.2EB9.AF6A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço
www.rfcpeca.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 08:58:50 do dia 20/01/2013 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome
GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Número
109.270.254-77

Nascimento
30/01/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



05.802.494/0001-11
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

13 MAI 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
13 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

