



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
63978 450	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 calcaneo 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.

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 SAS/PE, em
16/06/2009, inscrito no CPF sob o nº 109.270.254-77, residente na
sítio Areias, nº 8/02,
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
Limeiro, Estado PE.

Amplos poderes para prestar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários no movimento e conclusão
dos processos novas e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e 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 Osvaldo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 59730-000
Tel (81) 3888-2818

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
REZERA, ESCRIVENTE AUTORIZADO Enc.: R\$ 3,39 - FERC: R\$ 0,40
- TSN: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:
0077586.BHM05201801.02187 Consulte autenticidade em

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2014

Rua da Aurora, N° 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

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 3

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 ESCARRECER 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2018

Titular do CPF: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GEANE DA SILVA COUTINHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 6

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 calcaneo 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 8



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 9

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 Invalidade 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, contados 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

Pag. 01979/01980 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DEPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do registro ou AGI:

CPF da vítima:

109.270.254-77 Gleuvane dos Santos Silva

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Sítio Grotino

Bom Jardim

PIE

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDDD)-

99938 8886 (81)

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

IPMA (INFORMA):

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 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 OPCIÃO 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:

CONTA:

(informar o dígito de verif.)

AGÊNCIA:

CONTA:

28.755 5

(informar o dígito de verif.)

(informar o dígito de verif.)

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

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

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

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

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

O IMI 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do incidente 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE CRIMES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: *1 filha* Vítima deixou herdeiros (filhos/nascidos): Sim Não Vítima deixou pais/mães vivos? Sim Não

Este cliente deixa à Seguradora Lider saber, caso de óbito, a Indemnização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta configuração, 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.

Início da
digital da
vítima/ben
eficiário
não alfabetizado

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

Name:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RG

Gleuvane dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-42

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

13 MAI 2019

Assinatura

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 Bl. C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dizer-lhe claramente o 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.
0165074471 - AUTO-ATENDIMENTO - 06.00.13

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1650-0 CONTA: 28.795-5
CLIENTE: GEOFANE DOS SANTOS SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
28/09/2018		
Saldo Anterior		0,01C
--- NAO HA LANCAMENTOS ---		

Saldo	0,01C
Juros *	0,00
Data de Debrito de Juros	01/11/2018
IOF *	0,00
Data de Debrito de IOF	01/11/2018

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

OBSERVACOES:

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



05.802.494/0001-71
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2009
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 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 POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRICAO - SURUBIM - DP116ªCIRC
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 - Culposo (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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GENILSON FILHO DE GENILDO (AUTOR / AGENTE)
 KATIA SOUZA DE ANDRADE (OUTRO)
 MICHELE MARTINS DA SILVA (OUTRO)
 GEOFANE DOS SANTOS SILVA (VITIMA)
 JOSE AMAVEL BARBOSA FILHO (VITIMA)

05.802.494/0001-43
 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

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)

GEOFANE DOS SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: 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, SITIO 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: MasculinoMãe: 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: MasculinoMãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MICHELE MARTINS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: 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 AMÁVEL, 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 AMÁVEL 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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

-13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 202 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 POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
 DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0206001332

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DE BOM JARDIM

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Rua do Aurora, Nº 375, Sl. 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.000-010

116ª CIRCUNSCRIÇÃO

VEÍCULO: (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 AMABEL BARBOSA (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**

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

CARRO (VEÍCULO) 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,

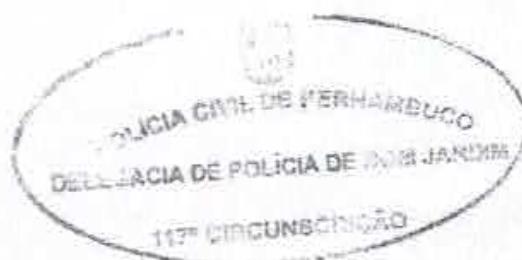
04/07/2019 14:12:47



QUE ESTAVA DE CARONA NA MOTO DO SENHOR JOSÉ, FOI ATROPELADO NA PE-80 POR UM CARRO QUE VINHA NA CONTRAMÃO, NO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM. TANTO GEOFANE QUANTO JOSÉ ESTAVAM NA MOTO QUANDO FORAM ATINGIDOS PELO CARRO, QUE FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO. TESTEMUNHAS DO FATO AFIRMAN QUE A PLACA DO CARRO É KHQ4613, 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
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 Mai 2019
Rua da Aurora, nº 176, Sl. 907 BL 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Número do círculo ou AEL:

CPF da vítima:

109.270.254-77 Gleuvane dos Santos Siqueira

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP N° 46/2012

Nome completo:

Profissão:

Baixa:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDO):

(81)

109.270.254-77

460

Caxias

55.730.000

99938 8886

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

INFORMA MENSAL:

 REUSO 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 (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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

28.755

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta Bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/comboio do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e totalmente, 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 emitir o 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Município: Palmeiras Vítima deixou herdeiros (filhos nascidos): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pague, caso devidamente, 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 295 do Código Penal.

Imprópria
digito da
área de
assinatura
não eficiente

Local e Data: Bonfim PE, 09/05/2019

Nome:

LPR:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Kleuvane dos Santos Siqueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-71

Assinatura

DE SACRIFÍCIO

2º | Nome:

CPF:

ROSILDA

Assinatura

RECIFE-PF

Assinatura

Rua da Aurora, nº 175, s/n 902 BL C

Ribeirão das Flores - PE

CEP: 50.060-010

Assinatura

(*) 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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386

Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 17

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: CNS: 707700661427013
 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

quadro de mal de ar.
 fratura de braço esquerdo

Tratamento

- traqueal + cefal 3451%

Dr. Parcelino Menezes
 Médico
 CREMEPE 23593

06/06 8456 421

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado: 05.802-494/0001-1
 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
 Removido: 13 MAI 2018
 Óbito: Rua da Aurora, nº 175, Sl. 901, apto. 101
 as _____ h _____ m do dia
 as _____ h _____ m do dia

CURATIVO	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COHEN
NEBULIZAÇÃO	BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO <input type="checkbox"/>	

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Giovane 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 posso comprovar que em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido na endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Groenias</u>
Número	<u>460</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</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: Bom Jardim - PE 09/05/2019.

Assinatura do Declarante: Giovane dos Santos Silva

05-802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 RL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





TIM S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP 04540-002 - São Paulo - SP
Lote 2 - Distrito Industrial - Zona Leste
CNPJ/MF: 07.214.437/0001-11
CNAE: 4521 - Serviços de telecomunicação

R\$ 44,99

VENCIMENTO

25/03/2019

EMISSÃO: 07/03/2019

POSTAGEM: 15/03/2019

FATURA: 3721002764

ID: 00000000000000000000000000000000

BENEFÍCIO FISCAIS

GEANE DA SILVA COUTINHO

CPF/CNPJ: 027100000000051

RUA DA ALEGRIA, 317, CASA

CENTRO

55700-000 - LIMOEIRO - PE

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 002-409-305-88

TMA S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP: 04540-002 - São Paulo - SP

EMISSÃO: 07/03/2019

REFERÊNCIA: MAW/2019

PERÍODO: 07/02/2019 À 06/03/2019

CEP/EP: 5.207

RESUMO DA Fatura

SERVIÇOS TIM - GEANE DA SILVA COUTINHO

VALOR

R\$ 44,99

SERVIÇOS TIM Central Light Plus

VALOR

R\$ 44,99

SERVIÇOS TIM Central Light Plus

VALOR

R\$ 44,99

Total de Mensalidades

VALOR

R\$ 44,99

PERÍODO

NF/DAS

VALOR

GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA DA ALEGRIA, 317, CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE

CLIENTE: 1365701465

CPF/CNPJ: 0271000000051

ACESSO: 01 98818-8906

ID REFERÊNCIA: 0000000013457AHR079

DATA REFERÊNCIA: 06/03/2019

MÊS REFERÊNCIA: Março

ANO REFERÊNCIA: 2019

IMPORTANTE PARA GEANE

SERVIÇOS TIM S.A.

Franchising TIM Central Light Plus

RESUMO DA Fatura

PERÍODO

NF/DAS

VALOR

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
 Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 21

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 002-409-305-88

TMA S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP: 04540-002 - São Paulo - SP

EMISSÃO: 07/03/2019

REFERÊNCIA: MAW/2019

PERÍODO: 07/02/2019 À 06/03/2019

CEP/EP: 5.207

ICMS

PIS/PASEP

COFINS

INSS

IRRF

CSLL

NÚMERO: 002-409-305-88

TMA S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP: 04540-002 - São Paulo - SP

EMISSÃO: 07/03/2019

REFERÊNCIA: MAW/2019

NÚMERO: 002-409-305-88

TMA S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP: 04540-002 - São Paulo - SP

EMISSÃO: 07/03/2019

REFERÊNCIA: MAW/2019

NÚMERO: 002-409-305-88

TMA S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP: 04540-002 - São Paulo - SP

EMISSÃO: 07/03/2019

REFERÊNCIA: MAW/2019

NÚMERO: 002-409-305-88

TMA S.A.
Av. Manoel da Nóbrega, 1000
CEP: 04540-002 - São Paulo - SP

EMISSÃO: 07/03/2019

REFERÊNCIA: MAW/2019



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 SUSEP¹ 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 Gláucio dos Santos Coutinho inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794-51, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gláucio dos Santos Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.270.254-77, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida, da Vítima Gláucio dos Santos Coutinho 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
<u>Rua da Alegria</u>	<u>317</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>centro</u>	<u>PE</u>	<u>55.700-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(181)</u> <u>99938-8886</u>

Fluminense de Mato de 2019
Local e Data

05.802.494/0003-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019

Gláucio dos Santos Coutinho
Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-000
Vila - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

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 Areias, nº 5/12,
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
José Amáuel 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

Cartório

Cartório

José Amáuel Barbosa Filho

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

Cartório Sérgio Vasconcelos

Rua Doutor Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 52710-000
Tel (81) 3098-1310

Reconheço por Autenticidade a firma de MICHELLE MARTINS DA SILVA, Bom Jardim, 15 de agosto de 2018. Em test^o
da verdade, JOSÉ CARLOS DA SILVA
REZERA, ESCREVENTE AUTORIZADO Emol.: R\$ 3,39 - FERG: R\$ 0,40
- TMR: R\$ 0,80 - Total: R\$ 4,79 Selo:
077386.SJ05201801.02238 Consulte autenticidade em

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
RECIFE-PE

Cartório Sérgio Vasconcelos

Rua Doutor Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 52710-000
Tel (81) 3098-1310

Reconheço por Autenticidade a firma de JOSÉ AMÁUEL BARBOSA FILHO, Bom Jardim, 26 de setembro de 2018. Em test^o
da verdade, JOSÉ LUIZ REZERA,
SUBSTITUTO Emol.: R\$ 3,39 - FERG: R\$ 0,40 - TMR: R\$ 0,80 -
Total: R\$ 4,79 Selo: 077386.MEM/05201801.03104 Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/seadsp/4



UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 022322

Prontuário: 00056181-9
Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA
Endereço: SITIO. AROBIRA
Cidade: BOM JARDIM / PE CEP: 50770-066
Documento: CNS: 707700661421013
Mãe: ROSELTA 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	P脉	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico	Tratamento
audios de mto ur. fratura de perna esquerda	- trauf ins + ceuf 3441% Dr. Parcelino Menezes Médico CREMEPE 23558 Celular 5456 4211

Exames complementares	Impressão diagnóstica	CID

Motivo da saída:	ADM MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Justificativa:	Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
Encaminhado: 05-802-494/0001-11 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTD	<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	HORÁRIO:

Removido:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
Óbito: as ____ h ____ m do dia 13 MAI 2019 as ____ h ____ m do dia			

Data saída:		
Hora saída:		

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



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

GOVERNO DE
Pernambuco

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 + EXTEÑSO 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 MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 13.9.2018

HORA: 15:23:38

PASTA: 01.09.2018

JGAS

RS

Jessica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDIA
13 MAI 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010





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 CALCANEU 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 estérveis;
- 4) Observado extenso ferimento, de aproximadamente 10 cm, em região posterior do pé esquerdo . Ausencia 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 26457

05.802-494/0003-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 Mai 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL
Boa Vista - CEP: 50.000-010
RECIFE-PE





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 Daniel Vargas

DADOS DO PACIENTE

NOME: Geovane dos Santos

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

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vitimado de facada (costela esquerda), com trauma aberto em seu perímetro esquerdo. Paciente estável hemodinamicamente. P.A.: 120 x 80 mm Hg, consciente, vira bado gloriar de 15.

CONDUTA INICIAL:

Rua da Aurora, nº 175
Bairro: EEP - 50060-010
Período:

EXAMES REALIZADOS:

Sangue - Elaborar

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Início de trauma esquerdo

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

Dr. Parceirino Meneses
Médico



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: ORTOPÉDIA	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 0415030013	CÓDIGO CID: 0415030013	CÓDIGO ICD: S392	CARIMBO DE FATURAMENTO Carimbo Vazio
S92.9	e 433	e 433	
COE	EQUIPE	NO ME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CRURGIO	Dr Romero Mendes	
2	1º AUXILIO CIRURGICO	Dr Hebert Varela	
3	2º AUXILIO CIRURGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
RESUMO DO CASO: (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)			
Paciente com fratura exposta da 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			
CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA			
BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.			
MOTIVO DA ALTA	ÓBITO		
CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO <input type="checkbox"/>		
OUTROS:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO			
Aguardar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia			
DATA:	<i>Alta</i>		
26/06/18	05.802.494/0001-47 TRACAO CORRETIVA DE SEGUROS SUDAM 13 MAI 2019 Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bloco Bela Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE - PE		
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47 https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386 Número do documento: 20063014124693500000062798386			





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.

COORDENADOR DO SAMU
Enfº. 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, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>

Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 29

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Fratura 1º ponto TN7 (E)

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

① Cefalotina 1g - 2FA + SF 2,9% IV agen

Resultado de Exames:

② SAT 5000 VI FM agen Código Procedimento:

③ VAT 0,5ml IM agen

④ Rx TN7 - Perna Gz

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

*⑤ Ap. Veno. unijaco
(04-20)*

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

<input type="checkbox"/> Internamento	<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Evadido	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
					<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
					<input type="checkbox"/> Óbito	

Confirmação do Nome:

Assist. Social

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta

Transferência

Estudo de Caso

Exames Externos

Assist. Social

Observações:

Análise de Riscos e Benefícios:

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como deixo absoluto conhecimento as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 24/06/2018 04:40 h SEPHORAF

impressão: 24/06/2018 04:40 h SEPHORA

04:40: Aguarda Marca para sair paciente
ao bloco anúncio.
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRENTE
DÉ SEGUROS LTDA
13 MAI 2011
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.000-010
RECIFE - PE

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGENCIA



ATENDIMENTO: 597357

Prontuário: 1089373

Nome: GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Data Nasc.: 30/01/1992 Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 10927025477

RG: 8785053

CNS: 707700601421010

Nº: 144

Endereço: SITIO AROEIRA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BOM JARDIM

Estado: PE

CEP: 55730000

Fone: 97837223

Profissão:

Nome da Mãe: ROZELIA MARIA DOS SANTOS SILVA

(companhante: JOÃO DOS SANTOS (IRMAO)

Nome do Conjugue:

Lugar de Procedência:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Corrida: N. SENHOR DA LUZ - PUSPAC - MUNICÍPIO DE BOM JARDIM AL. PESSOA PACIENTE REFERE TRAUMA EM TORNOZELO

Incidente de Trabalho: Sim Não

ATE: 10/06/2020

Síntese Principal / HDA: *Paciente fêmea de 26 anos de idade, motociclista ferida com dor no tornozelo há cerca de 01 hora.*

Perda da Consciência:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Erótico:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Incidente de Trânsito:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>	
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Safra 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:

Avaliação: A: Geral Via aérea está pélvia Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.. C

Oco, orientado, orientado

B: Respiratório

Lipofálico, respirando com um ambiente

C: Circulatório

PA: X mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSDI MSE MID IMIE Pupilas: Isocônicas Anisocônicas

Glasgow: Abertura Ocular Escala: 4 Hora:

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escala: 5 Hora:

Escala: 6 Hora:

ECG = NS

*TRACER 100001-47
DE SEGUINTE*

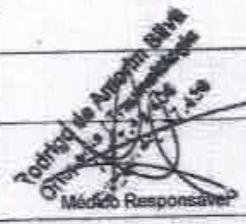
13 MAI 2019

*Rua da Aurora, nro 135 - SL 02 BL
Boa Vista - CEP: 50000-000*



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		
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIAO	Dr Romero Mendes		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr Hebert Varella		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS 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 CURADO: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS:	ÓBITO IML: <input type="checkbox"/> SVO: <input type="checkbox"/> BO: <input type="checkbox"/>	 Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Médico Responsável		
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, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



DR. JOÃO LUIZ
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA / TIRADENTES

Laudo Médico

Aleixo da Geovane dos Santos Silveira

(RG 8 785 053 SDS-PB) vítima de acidente
motocicístico em 24/06/2018, sofreu fratura
explosiva do calcâneo (cif 592.0) + lesão
expansiva da panturrilha molha no metatarso (cif 593.3).
Fechou-se imobilização cirúrgica (limpeza
cirúrgica + reparo da panturrilha molha). Apre-
sentava com debilidade funcional do MIE
em 40% (por diminuição de força e da
ADM). ALTA médica definitiva.

Campina - PB

15/09/2019

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: 50.060-000

RECIFE - PE

Dr. João Luiz da Rocha
Ortopedista / Traumatólogo
CRA-PE-12036

ROCHAESSEPEMAIL.COM | DR. JOÃO LUIZ DA ROCHA CRM 12036 (81) 99997-3298

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 33



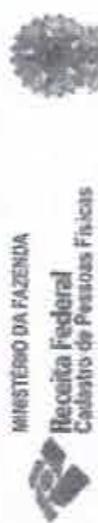
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386
Número do documento: 20063014124693500000062798386

CÓDIGO DE CONTROLE
DIB96.08BF.2EBB.AF6A

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

Comprovante emitido pelo
Secretário da Receita Federal do Brasil

Em 09/06/2020 do dia 20/01/2013 (hora e data do Brasil)
dígito verificador: 66



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
109.270.254-77

Nome
GEOVANE DOS SANTOS SILVA

Estado
30/01/1892
Município
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





05.802.494/0001-47
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 Mai 2019

Rua da Aurora, nº 175, s/n 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 35

ESTAMOS A DISPONIBILIZAR O SISTEMA DE VOTACAO

ESTATE PLANNING - REVIEWS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/06/2020 14:12:47
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063014124693500000062798386>
Número do documento: 20063014124693500000062798386

Num. 63978450 - Pág. 36