



Número: **0032486-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66513 295	18/08/2020 15:05	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229821

Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDVALDO RODRIGUES DA 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 15897516





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229821

Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 15/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01023/01024 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200229821**

**Vítima: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 15/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **077**

Agência: **000000001**

Conta: **000006519771-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

101301.004-39 EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA 6 - CPF: 101.301.004-39  
7 - Profissão: CARGA / DESCARGA 8 - Endereço: SÍTIO DO RONCA 9 - Número: 50 10 - Complemento: CASA-A  
11 - Bairro: PARATIBÉ 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.400-000  
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com/81/999441109 16 - Tel/(DDD): (81)3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: INTER  
AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 6519 771 2  
(Informar o dígito se existir) (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.

### 22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, 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 299 do Código Penal.

34

Inquirição, digital da vítima ou beneficiário não elaborando

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/3D87/info/pol/xm1/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -  
DP25ªCIRC DIMI/ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115000864**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/03/2020 às  
10:21

**ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que  
aconteceu no dia 16/12/2019 às 01:16**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro:  
SAO BENEDITO OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)  
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO, (Usado na operação da ocorrência), que estava em posse da(s) Sr(a):  
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

**EDVALDO RODRIGUES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
MARIA IZEE RODRIGUES DA SILVA Pai: ELIAS IZEE RODRIGUES DA SILVA Data de  
Nascimento: 26/4/1984 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



**DESCONHECIDO (não apresenta ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

de 2

04/03/2020 10:22

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/bbOEPreview.html

**Complemento / Observação**

**INFORMA A VITIMA QUE FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DESCONHECIDO E DE PLACA NÃO ANOTADA, SENDO SOCORRIDO DELO CORPO DE BOMBEIRO, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS.**

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

**X Edvaldo Rodrigues da Silva**  
**EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**  
**(VITIMA)**

**S.O. registrado por: JOHNNY BANDEIRA DE MELO MAIA - Matrícula: 3527889**





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

101301.004-39 EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA 6 - CPF: 101.301.004-39  
7 - Profissão: CARGA / DESCARGA 8 - Endereço: SÍTIO DO RONCA 9 - Número: 50 10 - Complemento: CASA-A  
11 - Bairro: PARATIBÉ 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.400-000  
15 - E-mail: balbino@pe@hotmail.com/81/999441109 16 - Tel/(DDD): (81)3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: INTER  
AGÊNCIA: 0001 9 CONTA: 6519 771 2  
(Informar o dígito se existir) (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.

### 22 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, 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 299 do Código Penal.

34

Inquirição, digital da vítima ou beneficiário não elaborando

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2020APH000055 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr<sup>(a)</sup>. ROSEMBERG DE BARROS LIMA, 31 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7302976 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 085.159.864-18, residente à RUA SAO GERALDO, nº 54, , ARTUR LUNDGREN I, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/12/2019, por volta das 01:16 hs, no endereço: AV.AV. PRESIDENTE KENNEDY, S/N, PEIXINHOS OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr<sup>(a)</sup> EDVALDO RODRIGUES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 101.301.004-39 e Registro Geral ° 6533779, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 29133-I EDIVALDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 508429. Ficou aos cuidados do médico LUIS NEVES, registro 19623. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 20/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*

*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000055*

---

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

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006519771-2

---

---

Nr. da Autenticação A2C6522AAC193CF7



NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA				2ª VIA		
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO</b> AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 <b>CELPE</b> <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 11/08/2002 COMERCIAL 116   PRONTI Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 0010000 Ouvidoria 0800 0010000 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Recife - ARSP de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares		
<b>DADOS DO CLIENTE</b>  ELIAS HERCULANO DA SILVA  CPF: 183.406.144-00		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">07/01/2020</div> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">127,72</div>		<b>CONTA CONTRATO</b> 001704141013  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2000912569  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0002310573		
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  SI DO RONCA 50 A  PARATIBE/PARATIBE 53400-000 PAULISTA PE		<b>CLASSIFICAÇÃO</b>  B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		<b>RESERVADO AO FISCO</b> 9707.90A6.2794.EDD5.58D0.E551.05C0.82FC		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEELE 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>						
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL						
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)			
Consumo Ativo(kWh)	144,00	0,75727874	109,04			
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,39			
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,79			
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28			
ICMS Subvenção-CDE-NF 082990246-28/10/19			1,00			
Multa por atraso-NF 082990246 - 28/10/19			2,63			
Juros por atraso-NF 082990246 - 28/10/19			1,22			
Atualização IGPM-NF 082990246 - 28/10/19			0,37			
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>127,72</b>			
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						
ICMS			PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
112,22	25,00	28,06	112,22	0,44	0,49	112,22
						2,02
						2,26
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO						
Geração de Energia	R\$	%				
Transmissão	4,16	3,72				
Distribuição (Celpe)	25,39	22,83				
Oncargos Setoriais	5,96	5,31				
Tributos	30,80	27,45				
Perdas de Energia	6,00	7,13				
<b>TOTAL</b>	<b>112,22</b>	<b>100</b>				
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL		
<b>dez/2019</b>						
QCR-No.de horas sem Energia	PARATIBE1	0,00	10,15	20,30		
RC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,44	14,89		
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,38	0,00		
DCCR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DCCR: 16,40		
<b>ELERD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,39</b>						
Toda Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores QCR, DM, DCCR e DCCR a qualquer momento.						
INFORMAÇÕES IMPORTANTES						
<p>Pague no ponto mais perto de você! h. f. farmacia: av lindolfo collor 54 paratibe / racoes m silva: rua jose tertuliano da silva paratibe Lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.</p>						
NÍVEIS DE TENSÃO						
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO					
	MÍNIMO					
220	202					
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA						





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00,**

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **EDUARDO RODRIGUES DA SILVA**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **101.301.004-39**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALEZ** da Vítima

**EDUARDO RODRIGUES DA SILVA** inscrito (a) no CPF sob o Nº **101.301.004-39**

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 <b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>		Número <b>200</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>TIMBÓ</b>	Cidade <b>ABREU E LIMA</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>53520170</b>
Email: <b>balbinospe@hotmail.com</b>		Telefone Comercial (DDD) <b>(81) 3538.0069</b>	Telefone celular (DDD) <b>(81) 98721.5834</b>

**Abreu e Lima** 26 de **Junho** de 2020.

**Rossana Lígia Fernandes Dantas**  
Assinatura do Declarante



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/12/2019 01:12

  
Nome Paciente: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 26/04/1984  
Sexo: Masculino  
Idade: 35 anos  
Senha: 0004  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 15/12/2019 02:37 - 15/12/2019 02:41

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTA FERIMENTO EM MIE.  
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E EMESE  
ALCOOIZADO

Observação: TRAZIDO PELO BOMBEIROS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)  
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 156.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM  
- GLICOSE: 125.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG  
- PESO: 89.00 KG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %  
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (x)

Local .....

.....

.....

Enfermeiro

RECIBIDO  
HMA

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

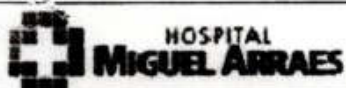
Data Impressão: 15/12/2019 02:41

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 508429

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 15/12/2019 02:43

Paciente: 132286 EDVALDO RODRIGUES DA SILVA Sexo: MASCULINO  
Nome Social:  
Data do Nascimento: 26/04/1984 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai:  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL CRM: 12347  
Endereço: ESTRADA DE SANTA CASA -- 180 Bairro: MIRUEIRA  
Cidade/UF: PAULISTA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Dores abdominais de caráter colico no lado direito, com início há 30 minutos, com  
dores de caráter a seguir de caráter colico. Rubor inguinal de lado  
direito e febre de 38,5°C. Não há vômitos nem diarreia.

Exame Físico

ACV normal, corado, H. de 120/80, FC de 110, CR de 20, saturação de 98%.  
Pulso normal, 110 bpm.  
T.M. 36,5°C, S.O. 37,5°C, R.A. 20.

Hipótese Diagnóstica

1. Colicose. 2. Infecção em foco abdominal. 3. AIT.

Prescrição Médica

Colicose 70% com 4m colicose  
Colicose 70% com 4m colicose  
Análise de sangue  
Análise de urina  
Luis Neves  
Médico  
CRM-PE 19623  
Relato de exame  
Relato de exame

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

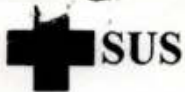
03:40

1- Ceftriaxona 2g  
2- Sat + VAT  
3- Dipirona 1g + AD  
4- Ceftriaxona 1g  
5- Ceftriaxona 1g  
6- Ceftriaxona 1g  
7- Ceftriaxona 1g  
8- Ceftriaxona 1g  
9- Ceftriaxona 1g  
10- Ceftriaxona 1g

Dr. Samuel Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 555







## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
EDVALDO RODRIGUES DA SILVA	132286			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
	26/04/1984	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA	8198452467			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
SABINA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
ESTRADA DE SANTA CASA, 180 - MIRUEIRA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
ISTA	261070	PE	53405200	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 7 HORAS COM QUEIXA DE DOR EM PERNA ESQUERDA			
21 - Condições que justificam a internação			
NECESSIDADE CIRURGICA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE / EXAME FÍSICO / RADIOGRAFIA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S82.1 S82.2	V29.9 V02.9	04.08.25.250.0

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016296170365
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FELIPE NUNES DA SILVA	15/12/2019	20818	

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

AIH  
261910224319-7

AIH  
261910224320-8

Código do Laudo: 508429



Aviso de Cirurgia : 61612 Sala : 0001 SALA 01  
Paciente : 132286 EDVALDO RODRIGUES DA SILVA Atendimento : 508446  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 228 VERMELHO - LEITO 001 Idade : 35 Anos  
Dt. Inicio : 15/12/2019 11:50 Dt. Fim : 15/12/2019 12:50  
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA  
Cid Pós-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

Cirurgião 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA TIBIA ESQUERDA  
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRURGICA+ DESBRIDAMENTO + APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR JOELHO ESQUERDO  
OPERADOR: DR THIAGO DOS ANJOS  
1º AUXILIAR: DR FILIPE GUEDES  
INSTRUMENTADOR: PRISCILA  
ANESTESISTA: DR ANTONIO  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. VERIFICADOS 2 FERIMENTOS NA FACE ANTERO MEDIAL DA PERNA ESQUERDA, O PROXIMAL MEDINDO 4 CM E O MAIS DISTAL MEDINDO 3 CM. BASTANTE SUGIDADES EM FERIMENTOS (AREIA, CAPIM). REALIZADA AMPLIAÇÃO DE 1 CM EM FERIMENTOS E REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 5.000 ML. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DIAFIÁRIA DA TÍBIA E APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO TUBO -A- TUBO COM 4 PINOS DE SHANZ;
5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
6. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9% 2.000ML;
7. SUTURA COM NYLON 3-0;
8. CURATIVO ESTÉRIL;

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

FATURADO  
30/12/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS  
CRM : 19769

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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

Página.: 0001

Data.....: 23/12/2019

Hora.....: 17:57

Aviso de Cirurgia : 61775      Sala : 0001      SALA 01  
Paciente : 132286      EDVALDO RODRIGUES DA SILVA      Atendimento : 508446  
Convênio Atend. : 1      SUS - INTERNACAO      Carteira :  
Leito : 77      ORTL-513-LEITO 001      Idade : 35 Anos  
Dt. Início : 23/12/2019 16:45      Dt. Fim : 23/12/2019 17:59  
Cid Pré-Operatório : S822      FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Cid Pós-Operatório : S822      FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500      TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001      SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

CIRURGIAO      13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE  
ANESTESISTA      10566 JAMILE DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA  
INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO+FIXAÇÃO INTERNO COM PLACA "L" EM PONTE  
OPERADOR:DR ALEXANDRE ANDRADE  
1º AUXILIAR:DR IGOR DANTAS  
2º AUXILIAR:DR IAN BUSTOFF  
INSTRUMENTADOR:REBECA  
ANESTESISTA:DRA JAMILY  
ANESTESIA:RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;  
INCISÃO PELA VIA ANTERO-MEDIAL PROXIMAL E DISTAL AO FOCO DE FRATURA, DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS,  
HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO;
5. REDUÇÃO INCRUENTA;  
APLICADA PLACA "L" COM 20 FURROS EM PONTE, COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS AO FOCO DE FRATURA E 03 PARAFUSO ESPONJOSOS(ROSCA LONGA) NO FRAGMENTO PROXIMAL;
7. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
8. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML;
9. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0;
10. CURATIVO ESTÉRIL ;

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

FATURADO  
30/12/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:05:45  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815054555800000065252611  
Número do documento: 20081815054555800000065252611

DR(A) :

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR







**HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES**



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

**NOME:** EDVALDO RODRIGUES DA SILVA

**NOME SOCIAL:** [Data de Publicação]

**IDADE:** 35      **SEXO:** M

**DATA DA ADMISSÃO:** 15/12/2019

**DATA NASC.:** 26/4/84

**REG:** 132286

**DATA DA ALTA:** 24/12/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQ

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- OSTEOSÍNTESE COM PLACA PONTE

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### **EXAME FÍSICO:**

**ESTADO GERAL :** BOM

**FERIDA OPERATÓRIA:** OK

**MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.**

Adauto Telino  
Médico  
CRM: 11.111

**ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





## FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **508446**

Usuário: MONICABS

### DADOS DO PACIENTE

Paciente:	<b>EDVALDO RODRIGUES DA SILVA</b>			Prontuário:	132286
Idade:	35a 7m 19d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	26/04/1984
R.G.:		C.P.F.:		Telefone:	
Endereço:	ESTRADA DE SANTA CASA		180 - MIRUEIRA	CEP	53405200
				- PAULISTA	- PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		<b>Dados da Internação</b>		
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Data e Hora da Internação:	15/12/2019 08:51	
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA		Leito:	VERMELHO - LEITO 001	

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	<b>FATURADO 30/12/19</b>
Fone:	Cidade:	<b>CLAUDEVA SOUSA</b>
	Estado civil:	<b>FATURISTA</b>

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	<b>24/12/19</b>	Hora da Alta:	<b>10:00</b>
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência
	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta:	<b>Estável EOB, Emprego</b>		
Diagnóstico Principal.....:	<b>Enf. crônica da bexiga</b>		
Diagnóstico Secundário01..:	<b>HAS</b>		
Diagnóstico Secundário02..:	<b>osteoartrite</b>		
Procedimento.....:	<b>artroscopia</b>		
<b>Assinatura e RG</b>		<b>Adauto Telino</b> Médico CRM-PE 187873	
<b>Responsável pela retirada do paciente</b>			

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Edvaldo Rodrigues**  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





**NOME:** Edvaldo Rodrigues da silva  
**NOME SOCIAL:**[Data de Publicação]

DATA NASC.: 26/04/84  
REG:132286

DATA/HORA	
15/12/2019	TRAUMATOLOGIA
09:22	
	HDA/QPA: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 7 HORAS COM QUEIXA DE DOR + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA
	Antecedentes Pessoais: NEGA: ALERGIA / COMORBIDADES
	Medicações de uso:N
	Exame físico:EGB, EUPNEICO CONSCIENTE ORIENTADO MMSS / MID : MOBILIDADE PRESERVADA E INDOLOR MIE: FERIMENTOS EM PERNA / NV+
	Exame de imagem: FRATURA DE TIBIA PROXIMAL ESQ.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA
	CD: INTERNAMENTO HOSPITALAR / AO BLOCO CIRURGICO / ANALGESIA / ANTIBIOTICOTERAPIA / SAT E VAT / RADIOGRAFIA
	SZL EL / WJS GOBUTS: PACIENTE EM CUIDO





**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: Eduardo Rodrigues da Silva DATA DE NASC.: 26/01/89  
 NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ REGISTRO: 132286  
 SETOR: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA: 15/12/19 08h. **#C6#**  
**#H70: @ Politrauma - atropelamento**  
 Paciente com queixa de dor em M.E.  
 A: Via aérea permeável, sem secreções  
 B: MV @, SAT 91, PO SAT 97%  
 C: PCR, 2T, BVE, FC: 104 BPM  
 D: ECG 15 pulsos irregulares e fômites  
 E: Exame físico em face. M.E. avaliado  
 pela ortopédia

**#FCO: @ Retorno planilha médica**  
 @ 12 de crânio T12 de torax e  
 pelve, da ortopédia.  
 @ 12 da C6  
 @ 12 da C6 da ortopédia

15/12/19  
08h

12h

**#H70: @ Politrauma - atropelamento**

Paciente sem dor no momento  
 os exames de crânio T12 de torax e  
 pelve, da ortopédia.  
 MIO/MMS = mobilidade preservada / intacta  
 M.E. - em uso de T12 de torax e  
 pelve, da ortopédia

do Bloco Cirúrgico  
 Intervenção Neuro

15/12/19  
12:45PM

**#C6# @ Nota Operatória #**  
 Paciente submetido a cirurgia de emergência (GA II)  
 com intubação orotraqueal - Realizada laparoscopia +  
 debridamento cirúrgico + fixação externa transosteal (Guthrie).  
 Cuidado com a pele, aguardar laboratório para análise  
 para cultura





~~Bill Kaufman  
Oropo Asia  
CRM: 14368~~





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número

40640 Série 00101PE

Edinaldo Rodrigues da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Edinaldo Rodrigues da Silva  
Loc. Nas São Paulo Est. SP Data 26/04/84  
Filiação Elien Hipólito da Silva  
Mariane José Rodrigues da Silva  
Doc. Nº RG: 6533 PF9-505 PE

ESTRANGEIROS

Chegada no Brasil em ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão 09/06/09 SRTE PE

Selma Gomes da Silva Assinatura do Funcionário

M.L. 157.492-0

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....  
Doc. ....

9









Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **101.301.004-39**

Nome: **EDVALDO RODRIGUES DA SILVA**

Data de Nascimento: **26/04/1984**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/06/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:05:52** do dia **15/01/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **8A31.C11C.5E8E.16DB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200229821 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVALDO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 15/12/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 29/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5 P6)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200229821 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVALDO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 15/12/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 30/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P5 P6)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200229821** 3 - CPF da vítima: **101.301.004-39** 4 - Nome completo da vítima: **EDUALDO RODRIGUES DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **EDUALDO RODRIGUES DA SILVA** 6 - CPF: **101.301.004-39**  
7 - Profissão: **CARREGADOR** 8 - Endereço: **SÍTIO DO RONCA** 9 - Número: **50** 10 - Complemento: **CASA = A**  
11 - Bairro: **PARATIBE** 12 - Cidade: **PAULISTA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53.400-000**  
15 - E-mail: **balbinespe@hotmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(81) 3538-0068**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: **077**

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0001** **9** CONTA: **6519771** **2**  
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, 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 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **ABREU E LIMA - PE, 08/07/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: EDVALDO RODRIGUES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: CARGA/DESCARGA  
Identidade: 8.533.779 SDS/PE CPF: 101301.004-39  
Endereço: SITIO DO RONEA Nº 50-A, PARATIBÉ,  
PAULISTA/PE. CEP. 53.400-000.

### **PROCURADOR(A):**

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 15/12/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



A. E. Silva 15/01/2020

Local e data

✓ Edvaldo Rodrigues da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



Selo Digital: 0150607.KRA12201004.02868

Dyogo Monteiro Valadares Pires - Secretário

