



Número: **0019814-63.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                               |                    |
|--------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| VIRGILIO REIS DA SILVA (AUTOR)                   |                    | BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO (ADVOGADO)<br>GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA<br>CAVALCANTI (ADVOGADO) |                    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)             |                    |                                                                                                             |                    |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO) |                    |                                                                                                             |                    |
| Documentos                                       |                    |                                                                                                             |                    |
| Id.                                              | Data da Assinatura | Documento                                                                                                   | Tipo               |
| 67637720                                         | 08/09/2020 17:40   | <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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605289

Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VIRGILIO REIS 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 15027133





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, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190605289**

**Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VIRGILIO REIS 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VIRGILIO REIS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000000874**

Conta: **0000061315-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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).

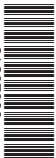
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01635/01636 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020818



# 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: 3 - CPF da vítima: 436.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGILIO REIS M 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: VIRGILIO REIS M SILVA 6 - CPF: 436.114.254-00  
7 - Profissão: AUTÔNOMO-PEDAGOGO 8 - Endereço: Rua M Paz 9 - Número: 63 10 - Complemento:  
11 - Bairro: AM PIEDO 12 - Cidade: AMM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.340-269  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81.98058-1910

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 abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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, OLINDA, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 3 - CPF da vítima: 436.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGILIO REIS DE 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: VIRGILIO REIS DE SILVA 6 - CPF: 436.114.254-00  
7 - Profissão: AUTÔNOMO-PEDREIRO 8 - Endereço: RUA M PAZ 9 - Número: 63 10 - Complemento:  
11 - Bairro: AM PIEDO 12 - Cidade: ANIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.340-269  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81.98058-1910

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 abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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, OLINDA, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114006993**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **12:00**

Complementa o BO Número: **19E0114006627**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, LINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
VIRGILIO REIS DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA Data de Nascimento: 5/4/1970 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3652353/SDS/PE (RG). 73611425400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO (A)**  
Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/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): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



## Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA.

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

*Virgílio Reis da Silva*

**VIRGILIO REIS DA SILVA**

**(VITIMA)**



B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**

Imprimir





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114008303**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **10:20**

Complementa o BO Número: **19E0114008302**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/5/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
PROPRIETARIO DESCONHECIDO ( OUTRO )  
VIRGILIO REIS DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **5/4/1970** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3652353/SDS/PE (RG), 73611425400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **PEDREIRO (A)**  
Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PROPRIETARIO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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



**VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PROPRIETARIO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADA.**

#### Complemento / Observação

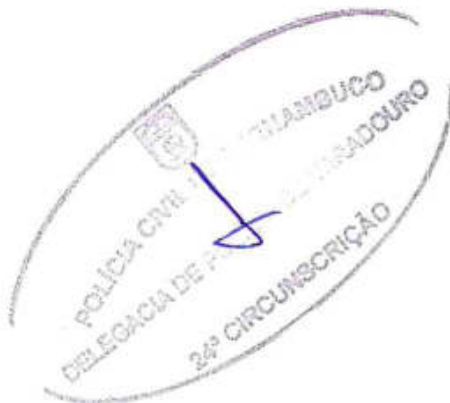
INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRENCIA S 633312, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO 1472091, PACIENTE 429507, E LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA. ALEGA O QUEIXOSO QUE NO DIA DO ACIDENTE, AGUARDOU O ATENDIMENTO EM SUA RESIDENCIA, E NA MANHÃ DO DIA SEGUINTE, DIA 27/05/2019, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DE OLINDA, E POR SE TRATAR DE UM CASO GRAVE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. ALEGA O QUEIXOSO QUE O LOCAL DO ACIDENTE, FICA A POUCOS METROS DA SUA RESIDENCIA.

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

*Virgilio Reis da Silva*

**VIRGILIO REIS DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Julio Cesar Machado* **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114006993**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **12:00**

Complementa o BO Número: **19E0114006627**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, LINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
VIRGILIO REIS DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA Data de Nascimento: 5/4/1970 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3652353/SDS/PE (RG). 73611425400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO (A)**  
Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/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): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



## Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA.

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

*Virgílio Reis da Silva*

**VIRGILIO REIS DA SILVA**  
(VITIMA)



B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**

Imprimir





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114009167**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **12:35**

Complementa o BO Número: **19E0114008303**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/5/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

CONDUTOR DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
PROPRIETARIO DESCONHECIDO ( OUTRO )  
VIRGILIO REIS DA SILVA ( VITIMA )

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

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

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

**VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA Data de Nascimento: 5/4/1970 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3652353/SDS/PE (RG). 73611425400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO(A) Residencial: AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PROPRIETARIO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PROPRIETARIO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

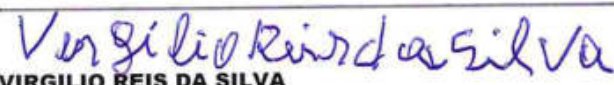


Descrição: **VEICULO MODELO E PLACA NAO ANOTADA.**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, OS FAMILIARES CONDUZIU A VÍTIMA PARA SUA RESIDÊNCIA, PELO FATO DO IMÓVEL FICA A POUCOS METROS DO LOCAL DO FATO, E QUE AGUARDOU O ATENDIMENTO EM SUA RESIDÊNCIA, POIS O SAMUR ALEGOU NO MOMENTO NÃO DISPÕ DE NENHUMA VIATURA EQUIPADA COM MACA MOVEL PARA REALIZAR O SOCORRO, E NA MANHÃ DO DIA SEGUINTE, DIA 27/05/2019, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA, OCORRENCIA S 633312, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, ATENDIMENTO 1472091, PACIENTE 429507, E LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA. E POR SE TRATAR DE UM CASO GRAVE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

  
**VIRGILIO REIS DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **SIDINEY ROSS DO AMARAL** - Matrícula: **319598-8**

24/10/2019 12:2



# 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: 3 - CPF da vítima: 436.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGILIO REIS 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: VIRGILIO REIS DA SILVA 6 - CPF: 436.114.254-00  
7 - Profissão: ATENDIMENTO-PEDAGOGIA 8 - Endereço: Rua M. Paz 9 - Número: 63 10 - Complemento:  
11 - Bairro: AM. PIETO 12 - Cidade: AM. M. 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.340-269  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81.98058-1910

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 abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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, OLINDA, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 3 - CPF da vítima: 436.114.254 4 - Nome completo da vítima: VIRGILIO REIS M 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: VIRGILIO REIS M SILVA 6 - CPF: 436.114.254-00  
7 - Profissão: AUTÔNOMO-PEDAGOGO 8 - Endereço: Rua M Paz 9 - Número: 63 10 - Complemento:  
11 - Bairro: AM PIETO 12 - Cidade: AMM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.340-269  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81.98058-1910

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 abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0874 CONTA: 61315 1  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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, OLINDA, 05 DE SETEMBRO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Atendimento: 1472091

Data e Hora: 27/05/2019 10:31

Senha da Classificação:

**0124**

Paciente: 429507 VIRGILIO REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALDETE REIS DA PAZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: PAZ

--

48

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370710

Usuário Atendimento: MENORAPZ

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

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

**Queixa Principal**

*Var. Coxo e quadril @. Hospitalizado entre*

**Exame Fisico**

**Hipótese Diagnostico**

*Fratura Coxo do fêmur.*

**Conduta Terapeutica**

**Prescrição Médica**

*Orto + Analg. 120, 50 1x/dia*  
*Diplo 1g. 120 + AR EV. 6/6h*  
*Cetoprofeno 100 mg. 120 + 50 120 + 50 12/12h.*

FARMACIA DI  
ATENDIMENTO

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

Transferido:

Para: *HMA*

Senha: *5692401*

Dr. Rodrigo F. de Silva Damasceno  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 25.524  
Carimbo Médico



1472091

## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 10:24

|                                                                                   |                     |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|
|  | Nome Paciente:      | VIRGILIO REIS |
|                                                                                   | Cód. Paciente:      |               |
|                                                                                   | Data de Nascimento: | 05/04/1970    |
|                                                                                   | Sexo:               | Masculino     |
|                                                                                   | Idade:              | 49            |
|                                                                                   | Senha:              | 0124          |
|                                                                                   | Convênio:           | -             |
|                                                                                   | Atendimento:        | SAME:         |

Período: 27/05/2019 10:28 - 27/05/2019 10:29

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO ONTEM , REFERE DOR ME MID

Observação: ALERGIA -  
HAS -  
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 10:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SAMU OLINDA



192

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **VIRGILIO REIS DA SILVA**, portador do R.G. 3.652.353 SDS-PE, foi socorrido pelo SAMU-192 Olinda - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, nº de ocorrência S-633312, no dia 27/05/2019, aproximadamente as 09:40h, na Av. Senador Nilo Souza Coelho, Ouro Preto - Olinda-PE, próximo a barraca Acerola, domicílio causas externa, acidente de trânsito (atropelamento por carro no dia 26/05/2019). Encaminhado UPA Olinda.

Olinda, 13 de Agosto de 2019.

Carlos Alberto  
Adm./SAMU-192 Olinda

Carlos Alberto A. de Souza  
Auxiliar Administrativo  
Mat: 000457  
SAMU - Olinda 192

Avenida Santos Dumont, N.º 177 - Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.  
E-mail: samu.olinda@hotmail.com  
Fone: 81 - 3439-6523



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 01/11/2019 |
|------------------------|------------|

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

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: VIRGILIO REIS DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00874

CONTA: 000000061315-1

---

---

Autenticação:

35BDC7B604E48C56608740666B2F0BE0D8A1ED141628C0904F83B823588F4572



05/09/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1400713778**

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

|                                                                                                                      |                                                                                                |                                                                                                                                                        |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE!</b><br><b>WILLIAMS JOSE RAMOS E SILVA-<br/>PROX.A RENAVE OFICINA DE<br/>CARROS</b>              | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>07/10/2019</b><br><br><b>TOTAL A PAGAR</b><br><b>R\$ 54,61</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA<br/>FISCAL</b><br>04/09/2019<br><br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>04/09/2019<br><br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>075902584 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>2839168015</b><br><br><b>CLASSIFICAÇÃO</b><br>RESIDENCIAL<br>Monofásico<br>B1 |
| <b>ENDEREÇO</b><br>PROX.A RENAVE OFICINA DE CARROS -<br>RUA DA PAZ 63 -OURO PRETO/OLINDA -<br>-53370-269 OLINDA PE - | <b>PERÍODO CONSUMO</b><br>05/08/2019 a 04/09/2019                                              |                                                                                                                                                        |                                                                                                           |
| <b>CONSUMO</b><br>59                                                                                                 |                                                                                                | <b>ICMS - BASE DE CÁLCULO</b> R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 12,33                                                                       |                                                                                                           |

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b> | <b>VIA PARA PAGAMENTO</b> |
|------------------------------|---------------------------|

Destaque aqui

|                                                         |                           |                                   |                                 |                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTA CONTRATO</b><br>2839168015                     | <b>MÊS/ANO</b><br>09/2019 | <b>TOTAL A PAGAR</b><br>R\$ 54,61 | <b>VENCIMENTO</b><br>07/10/2019 | <b>TALÃO DE PAGAMENTO</b><br><b>Evite dobrar e perfurar ou<br/>rasurar.</b><br><b>Este canhoto será usado em<br/>leitora ótica.</b> |
| 838000000009 546100110029 839168015109 141448782131<br> |                           |                                   |                                 | <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>                                                                                                        |

[fomento.celpe.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=1&cdd...](http://fomento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?dest=1&cdd...) 1/1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/09/2020 17:40:49  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090817404917400000066344818>  
Número do documento: 20090817404917400000066344818

Num. 67637720 - Pág. 19





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                 |                                                |                                                                                 |               |                          |            |
|---------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|------------|
| 5 - Nome do Paciente            | VIRGILIO REIS DA SILVA                         |                                                                                 |               | 6 - Nº Prontuário        | 126093     |
| 7 - Cartão Nacional do SUS      | 8 - Data de Nascimento                         | 9 - Sexo                                                                        | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia             |            |
| 898000162510855                 | 05/04/1970                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 03 - Parda    | 0000 - Não Se Aplica     |            |
| 11 - Nome da Mãe                | VALDETE REIS PAZ                               |                                                                                 |               | 12 - Telefone de Contato | 8198658191 |
| 13 - Nome Responsável           | CLEIDE                                         |                                                                                 |               | 14 - Telefone de Contato |            |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 3340 - OURO PRETO |                                                                                 |               |                          |            |
| 16 - Município                  | 17 - IBGE                                      | 18 - UF                                                                         | 19 - CEP      |                          |            |
| OLINDA                          | 260960                                         | PE                                                                              | 53370970      |                          |            |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
Paciente, 49 ANOS, REFERE TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 01 DIA. RELATA DOR E DÉFICIT FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO. NEGA LESÕES E COMORBIDADES COMUNS. É ALCOOLISTA.

21 - Condições que justificam a internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

|                                   |                       |                        |                               |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO  | S720                  | W199<br>V03.9          |                               |

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                    |                              |                                                        |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado                                          | 28 - Código do Procedimento  |                                                        |                                                                       |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE) | 0408050489                   |                                                        |                                                                       |
| Especialidade                                                                      | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento                                         | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                                                          | 2                            | (X) CNS ( ) CPF                                        | 204324792650006                                                       |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente                                        | 34 - Data da Solicitação     | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) |                                                                       |
| ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE                                                        | 27/05/2019                   | 13344                                                  |                                                                       |

### 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 Trajetado                                                          |                      |                     |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência                                                             |                      |                     |            |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                      |                     |            |

### AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                                                              |                                                       |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor                                                                      | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|                                       | E260000001                                                                                   |                                                       |
| 48 - Documento                        | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador                                   |                                                       |
| ( ) CNS ( ) CPF                       |                                                                                              |                                                       |
| 50 - Data da Autorização              | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)                                          |                                                       |
|                                       | Dr. Antonio Albuquerque Queiroz<br>Ortopedista Traumatologista<br>CRM: PE 19737 / TEST 14072 |                                                       |

**AIH**  
**261910218247-7**

Código do Laudo: 479515



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimen **79563**

Usuário: MAIAR

### DADOS DO PACIENTE

|                                                                 |                |                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Paciente:</b> VIRGILIO REIS DA SILVA                         |                | <b>Prontuário:</b> 126093                          |                                       |
| <b>Idade:</b> 49a 1m 22d                                        | <b>Sexo:</b> M | <b>Estado Civil:</b> SOLTEIRO                      | <b>Data de Nascimento:</b> 05/04/1970 |
| <b>Profissão:</b>                                               |                | <b>Escolaridade:</b>                               |                                       |
| <b>R.G.:</b> 3652353                                            | <b>C.P.F.:</b> | <b>Telefone:</b>                                   | <b>CEP</b> 53370970                   |
| <b>Endereço:</b> AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 3340 - OURO PRETO |                | - OLINDA - PE                                      |                                       |
| <b>Dados da Internação</b>                                      |                |                                                    |                                       |
| <b>Origem:</b> URGENCIA/EMERGENCIA                              |                | <b>Data e Hora da Internação:</b> 28/05/2019 07:51 |                                       |
| <b>Convênio:</b> SUS - INTERNACAO                               |                | <b>Plano:</b> GERAL                                |                                       |
| <b>Unidade Internação:</b> VERDE 2 ORTOPEDIA                    |                | <b>Acomodação:</b> ENFERMARIA DE OBSERVACAO        |                                       |
| <b>Médico Internação:</b> ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE           |                | <b>Leito:</b> VERD2-07                             |                                       |

### DADOS DO RESPONSÁVEL

|                  |                  |                             |
|------------------|------------------|-----------------------------|
| <b>Nome:</b>     | <b>R.G.:</b>     | <b>C.P.F.:</b>              |
| <b>Endereço:</b> | <b>- Número:</b> | <b>FATURADO</b> 26/06/19    |
| <b>Nome:</b>     | <b>Cidade:</b>   | <b>Estado civil:</b>        |
|                  |                  | CLAUDEAN SOUSA<br>FATURISTA |

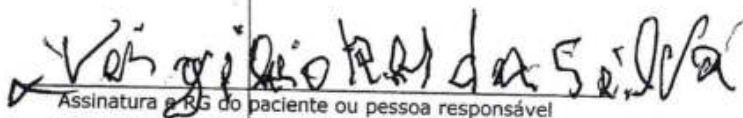
### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                                                                                                                                      |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Data da Alta:</b> 06/06/19                                                                                                                                                                        | <b>Hora da Alta:</b> _____ : _____ |
| <b>Motivo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão |                                    |
| <b>Condições de Alta:</b> Boas condições clínicas                                                                                                                                                    |                                    |
| <b>Diagnóstico Principal.....:</b> Fratura do Colo do Fêmur Direito                                                                                                                                  |                                    |
| <b>Diagnóstico Secundário01.:</b> Estável                                                                                                                                                            |                                    |
| <b>Diagnóstico Secundário02.:</b>                                                                                                                                                                    |                                    |
| <b>Tratamento.....:</b> RFFI com parafusos canulados                                                                                                                                                 |                                    |
| <b>Assinatura e RG do Responsável:</b> Alexandre Camilo D. Silva<br><b>Responsável pela retirada do paciente</b>                                                                                     |                                    |
| <b>Assinatura e RG do Médico e CRM:</b> Dra. Ianele Braga<br>Ortopedia/Traumatologia<br>CRM 22.498                                                                                                   |                                    |

### 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 \_\_\_\_\_

  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 479515      Prontuário: 126093      SAME: 112846  
Paciente..... : VIRGILIO REIS DA SILVA  
Endereço..... : AVENIDA SENADOR NILO COELHO  
Bairro..... : OURO PRETO  
Cidade..... : OLINDA  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 28/05/2019

Hora Atend: 22:21      Data Atend: 27/05/2019  
Idade: 49 a

UF.: PE      CEP: 53370970  
Plano....: PLANO UNICO

Hora Saída : 07:49

Prestador da Evolução Médica: **ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE**

**DIAGNOSTICO**

A PEDIDO DA ENFERMEIRA DE PLANTAO

ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE / 13344  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

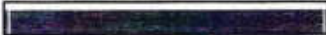
Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 22:16

  
**Nome Paciente:** VIRGILIO REIS DA SILVA  
**Cód. Paciente:** 126093  
**Data de Nascimento:** 05/04/1970  
**Sexo:** Masculino  
**Idade:** 49  
**Senha:** 0042  
**Convênio:** 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
**Atendimento:** 479515  
**SAME:-** 112846

Período: 27/05/2019 22:52 - 27/05/2019 22:57

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCR TRANSFERIDO DA UPA DE PAULISTA, SENHA 5692401, SUSPEITA DE FRATURA DE COLO DE FEMUR, PCT RELATA TER FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA, VITIMA DE ATROPELAMENTO HA MAIS DE 12H. NÃO SABE INFORMA SE HOUE DESMAIO OU VOMITO

Exatidão: NEGA ALERGIA, HAS - OU DM -

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS  
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM  
- GLICOSE: 124.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 110.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %  
- TEMPERATURA(C): 37.30 °C

REVISADO

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)  
Local .....  
Thalyta Maryah  
COREN-PE 339753-ENF  
Enfermeiro

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 22:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

Atendimento: 479515

Senha da Classificação:

**0042**

Data e Hora: 27/05/2019 22:21

Paciente: 126093 VIRGILIO REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VALDETE REIS PAZ

Nome do Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA SENADOR NILO COI --

3340

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ROBERTAMB

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 23h

Queixa Principal

Vide Internamento

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fx de Cda Femur



Prescrição Médica

1)

Internamento

Mariana Adour  
CRM: 25483

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

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

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



### Protocolo de Encaminhamento

**TIPO DE OCORRÊNCIA**  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5692401

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: 49  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Pac: 429807 - VIRGILIO REIS DA SILVA  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Mãe: VALDETE REIS DA PAZ  
Cidade: Olinda 1472091 05/04/1970 Fone: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/MOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Per Auscult (E)

Hipótese Diagnóstica: Fratura Colo do fêmur (E)

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )  
Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )  
Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100





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

Página.: 0001  
Data.....: 05/06/2019  
Hora.....: 11:34

Aviso de Cirurgia : 57078  
Paciente : 126093  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 83  
Dt. Início : 05/06/2019 09:40

Sala : 0002 SALA 02  
VIRGILIO REIS DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-514-LEITO 003  
Dt. Fim : 05/06/2019 10:55

Atendimento : 479563  
Carteira :  
Idade : 49 Anos

Cid Pré-Operatório : S728

FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050489

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR  
(SINTESE) (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO  
ANESTESISTA

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

#### Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: FRATURA DO COLO FEMORAL DIREITO  
CIRURGIA : REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM  
CIRURGIAO: DR. JULIANO MACHADO  
1º AUXILIO : DR. THIAGO MENDONÇA  
2º AUXILIO : DRA. MARIANA CAVALCANTI  
ANESTESIA : RAQUIANESTESIA  
ANESTESISTA : DR. JULIO MAIA  
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA :

#### DESCRICAO

- 1) DECUBITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO
- 2) REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO FECHADA COM CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 3) INSERÇÃO DE 3 FIOS GUIAS EM FORMATO TRIANGULAR NO COLO FEMORAL E CHECAGEM NO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 4) RESAGEM DO TRAJETO E INSERÇÃO DE PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM : 2 PARAFUSOS 95 ,SENDO UM COM ARROELA
- 5) NÚMERO 105
- 6) SUTURA
- 7) CURATIVO
- 8) VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

#### Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

FATURADO  
26/06/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: VIRGILIO REIS DA SILVA

IDADE: 49 A SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 27/05/19

REG: 126093

DATA DA ALTA: 6/6/19

**DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE COLO DO FÊMUR DIREITO

**TRATAMENTO REALIZADO:**

- REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS

**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;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- 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.

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( x ) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
**Dra. Inele Braga**  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 22.496

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





05/09/2019

**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**  
**736.114.254-00**

**Nome**  
**VIRGILIO REIS DA SILVA**

**Nascimento**  
**05/04/1970**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**450B.F764.F951.C29E**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:52:28 do dia 05/09/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190605289 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VIRGILIO REIS DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 29/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO P.9

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PARAFUSOS P.10,11)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um<br>quadril | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310567/19

**Vítima:** VIRGILIO REIS DA SILVA

**CPF:** 736.114.254-00

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 26/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VIRGILIO REIS DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### VIRGILIO REIS DA SILVA : 736.114.254-00

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](http://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: 06/09/2019  
Nome: VIRGILIO REIS DA SILVA  
CPF: 736.114.254-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

VIRGILIO REIS DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374176/19

**Vítima:** VIRGILIO REIS DA SILVA

**CPF:** 736.114.254-00

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 26/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VIRGILIO REIS DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**VIRGILIO REIS DA SILVA : 736.114.254-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019  
Nome: VIRGILIO REIS DA SILVA  
CPF: 736.114.254-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

VIRGILIO REIS DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

