



Número: **0055593-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GERSON DANIEL DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69411 594	13/10/2020 14:26	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>

# 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: 09/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

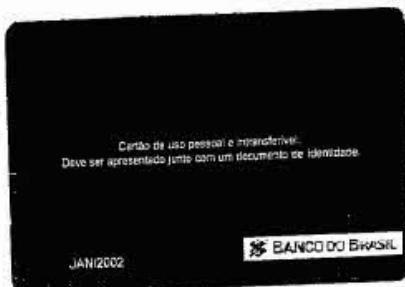
---

Nr. da Autenticação 02BE5B5057E7DF54



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263270700000068066833>  
Número do documento: 20101314263270700000068066833

Num. 69411594 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263270700000068066833>  
Número do documento: 20101314263270700000068066833

Num. 69411594 - Pág. 2

DUT

"1004032"



REPUBLICA FEDATIVA DO BRASIL		MINISTERO AS CIDADES	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO			
Nº 01039439439050		000 REAVIA 2013	
IPVA 2013 286881603		PLACA PFC8912	
MARCA / MODELO HONDA CG 125		ANO PAR 2011	
CNPJ/PIB 29/11003		CÓDIGO DE CHASSI 3C2JC410BR434060	
COTA UNICA IPVA 2013 QUADRADO		VALOR COTA UNICA 1º 2º 3º	
FAIXA IPVA: 1		RECLAMENTO / COTAS 1º 2º 3º	
PRÉMIO TARIFÁRIO SEGURO PAGO		PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO	
AL. FID. BANCO INICIO SA		VALOR DE PAGAMENTO	
RECIFE		DATA 06/09/12	
Assinatura de Maria da Vátila Bessa R. Costa, Diretora Presidenta DETRAN/PE			

4 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EXERCÍCIO 2013 PLACA PFC8912

PE N.º 0994393476 DATA EMISSÃO 06/09/13

VIA CPF / CNPJ 286881603 PLACA PFC8912

ANO PAR 2011 CÓDIGO DE CHASSI 3C2JC410BR434060

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

VALORES DO BILHETE (R\$) 171.800,00 (R\$)

SEGURADO PAGAMENTO DATA DE OUTAÇAO

COTA UNICA PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.808/0001-04

DISPONIBILIZA O SEGURO DPVAT

REFLEXO E DE POSTO DE CIRCUITO.

RESINTRAN  
08 NOV 2013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263270700000068066833>

Num. 69411594 - Pág. 3

Eu, LEONSON DANIEL DA SILVA,  
Identidade nº G. MO. 464 e inscrito no CRMF sob o nº 051.663-204-79,  
residente e domiciliado na TEAUESSA 8 LINDA VILA,  
Cidade SAO PAULO, Estado SP,  
impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de  
indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/71), uma vez que:

( ) não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou  
( ) o estabelecimento do IMI, localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
apreensão de Seguro Difícil; ou

[...] O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal/IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Iberi DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 3.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa plenária não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

\* 10040541  
  
OUTROS

Persons: Daniel da Silva

Assinatura do declarante  
Forme documento de identificação

Rec'd, 23/10/2013

Local e global

RESINTRAN  
08 NOV 2013

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263270700000068066833>  
Número do documento: 20101314263270700000068066833

Num. 69411594 - Pág. 4

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

**Nº DO SINISTRO** \_\_\_\_\_ **CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam beneficiados. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **DANIEL DA SILVA**, EXPEDIDO POR **225152525** EM **04/2014**

PORTADOR DO RG Nº **6.440.464** E PROFISSÃO **\_\_\_\_\_**

CPF **051.602.041-01** (R) (CNPJ) **00000000000000000000** / REEMBOLSO DC

E RENDA MENSAL DE R\$ **1.500,00** ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DC

SEGURO DPVAT DA VITIMA **CÉRSON NARDELLI DA SILVA**, AUTORIZA A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circhiar Socp. nº 445/7042, que trata da previsão à livreprem da indenização no mercado segurado, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir catálogo de pessoas e empresas que possam fornecer, no pagamento da indenização. Este catálogo deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

Para avisar a reprogramação de um pagamento, tenbre-se:

1) Os seguintes documentos  **não devem**, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL, atrelada para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Calhau Econômica Federal);
- Conta tipo PAUPANCA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotísticas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 20.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CREDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITA CONTA DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 037 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGENCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCC 104 • AGENCIA **1026** (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA **426.965-5**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DATA \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) **Daniel da Silva**

**ATENÇÃO**

- Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte ou invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.952/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesa médica-hospitalar.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvaseguradoronacional.com.br](http://www.dpvaseguradoronacional.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.



**CAXA**  
BANCO DO BRASIL

AUTO-ATENDIMENTO - Ag Caxangá  
DATA: 15/10/2013 HORA: 18:41:31  
TELEFONE: 102810044 CONTROLE: 102810040986

AGÊNCIA: 1026 - CAXANGÁ  
CONTA: 013-00 126-965-5  
CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LÍMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012  
SEN AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

RESINTRAN  
18 NOV 2013





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 014A. CIRCUUNSCRICAO - VARZEA  
BOLETIM DE OCORRENCIA Nº. 13E0104008090

Ocorrência registrada neste unidade policial no dia 23/10/2013 às 09:42

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culpeiro (Consumado), que aconteceu no dia  
12/2/2012 às 13:00

Foto ocorrido na endereço: BAIRRO DE DOIS IRMÃOS (BAIRRO), 91, EM FRENTE A UFPIE - Beltrão:  
DOIS IRMÃOS - Município: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA - Próxim: NÃO INFORMADO

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:  
ISMAEL DANIEL DA SILVA ( OUTRO )  
GERSON DANIEL DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado no gerenciamento), que estava em posse da(s) Sr(a): GERSON DANIEL DA  
SILVA

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

(VITIMA) - GERSON DANIEL DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino

Nº: LUFINETE JOSEFA DA SILVA; P: ISRAEL DANIEL DA SILVA Data de Nascimento: 21/01/1984. Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO

Documento: 81104080902 (R) Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escritório: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO;

Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 98137989

Endereço Residencial: BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 190, A RUA QUE A VITIMA ESTA DIZE NÃO NAO CONSTA NO  
SISTEMA, 06000-000, VARZEA, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(OUTRO) - ISMAEL DANIEL DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino

Nº: NÃO INFORMADO; P: NÃO INFORMADO

Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escritório: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO  
INFORMADO

Endereço Residencial: NÃO INFORMADO

Endereço Comercial: NÃO INFORMADO

Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sr(a): ISMAEL DANIEL DA SILVA, que estava em posse da(s)  
Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA  
C categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 125 - Objeto apreendido: NÃO - Número da Síria: NÃO INFORMADO

<http://www8.sadape.gov.br:8080/permambuco/VisualizaBO.do?idUn=104&idOc=4117274...> 23/10/2013

PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NAO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NAO INFORMADA)

Placa: IPCE812 ( PERNAMBUCO / RECIFE ) Renavam: 288881883 Chassi: 002404110BR434080  
Ano e fabricação/Modelo: 2011/2011 Comunidade: GASOLINA

Complemento / Observação

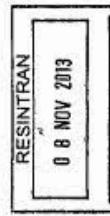
A VITIMA INFORMOU QUE TRASITAVA PELO BAIRRO DE DOIS IRMÃOS EM FRENTE A UFRPE - QUANDO PERDEU O  
CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NO MEIO FIO E CARRILHO SECORRIDO POR O POPULARES PARA UPA DE NOVA  
DESCOBERTA,PELO MOTIVO COMPARECEU A ESTA DP. PARA FAZER O REGISTRO,CASO AFETO A DELEGAÇÃO DELITO DE  
TRANSTO.

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

  
GERSON DANIEL DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: ALEXANDRE VITAL CORREIA - MAT. 1277637



  
RESINTRAN  
08 NOV 2013

<http://www8.sde.jpe.gov.br:8080/jpemanabco/visualizaBO.do?idUn=104&idOC=4117274>

23/10/2013



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio David da Silva,  
RG nº 6.110.464, data de expedição 10/04/2012 Órgão SDS/PE,  
CPF nº 031.463.204-79, venho perante a este instrumento declarar que não  
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir  
no endereço abaixo descrito seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome  
de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praya)	TEAUSSA 8 LINHA V
Número	920 A
Apto / Complemento	
Bairro	CORINTIA TRAÇERES
Cidade	SACATÁ DO GUARARÉS
Estado	PE
CEP	54.000.000
Telefone de Contato	(81) 31065279 (81) 97644682
E-mail	

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



\*1004040\*

Por ser verdade, firmo-me.

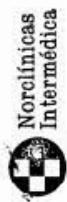
Local e Data: Recife, 23/10/2013

Assinatura do Declarante: Antônio David da Silva

RESINTRAN
08 NOV 2013







RECEITUÁRIO

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

\*1004



A. JANS  
PONTO INTEGRAL JANS  
ESTADUA  
SUSCRITA NO BOM FIM DE  
C/ 39, 39, 39, 39, 39, 39, 39  
ESTRADA 4000 (MUNICÍPIO)  
LIC. 25/11/03  
PRAZERES DE ALFENIT  
PRAZERES DE BORGES DA COSTA.  
PRAZERES, BORGES DA COSTA.

RESINTRAN

08 NOV 2013

SOARES  
TELEFONE: 011 3000-0000  
DO TRABALHO: 011 3000-0000  
NOME: SOARES  
CRM: 30000  
BOM FIM

\* MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA  
• DESMARQUE SE NÃO PUDER COMPARCER

ANS N° 3550017

05/12/2010



Instituto Recife

### Avaliação Médica

Recife, 19 de Fevereiro de 2012

#### Dados do Paciente

##### Nome: DANIEL DA SILVA

Endereço: 27 - Sítio: Manacá - Cór: Manacá - Ext: Civili: Soltaneiro  
Pronav: 1 - 00003972 - Cep: 50129692 - Telefone: 0123692 - Endereço: 15/02/2012  
Convenção: NORCELETA/SP/BRANDAR - Urgência:   
Responsável: GHERSON DANIEL DA SILVA - Telefone: 98137880  
Médico: MURICILIO LALTE DE SOUZA - Mälkano CIR: 155522-98

#### Indicação

Paciente: (N) - Indicação de Médico: (N) - Site Internet: (N) - Amigo: (N) - Iniciativa Proprio: (N) - Mídia: (N)

#### Diagnóstico

HDA: 19/02/2012 - Paciente submetido a Tiro cirúrgico da fratura exposta da falange distal do 5 QDQ associada a lesão do leito ungual e avulsão da placa ungual em 13/02/2012. Evoluiu bem queixas. Apresentava ainda fratura do 4 QDQ sem desvio, em tratamento conservador.

Exame Físico: F.O sem sinais flogísticos ( manteve placa ungual de silicone )

HD:

#### Tipo do Tratamento

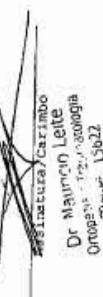
Reabilitaci: (N) - Cirúrgico: (N) - Orientação: (N)

#### Conduta

Fisioterapia: (N) - Imobilização: (N) - Infiltração: (N) - Sutura: (N)

#### Observação

Observação: Realizado o curativo do 5 QDQ substituto imobilizador adesiva do pô. O paciente deve permanecer afastado de suas atividades laborativas pelo período de 30 dias a contar do dia 13/02/2012.

  
Assinatura: Carimmo  
Dr. Mário Cesar Carimmo  
Ortopedia e Traumatologia  
CNPJ: 15.622-030/001-07

RESINTRAN

08 NOV 2013

Entidades:  
Clínica da Mão - Município dos Reis - Parintins - Clínica da Dor  
Município Recife - Município dos Membros - Ortopedia e Traumatologia  
Rua Mário Góis, 820/47 - 11º andar - Lapa - Recife/PE  
CEP: 50100-000 FAX: (81) 3037-9395





UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CASA AMARELA

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263270700000068066833>  
Número do documento: 20101314263270700000068066833

Name: Leslie \_\_\_\_\_ Class: 2B \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Procedência: 094 - Nove Jardim 1/2 - Hade: 27

HDA: Dear Mr. Z good and quarreled  
at house breakfast

EXAME FÍSICO: Só com exames físicos + exame de edema fisiológico de Dugdall.

## HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: O tipo cariogênico é maior que o de salte II gld

RESINTRAN  
08 NOV 2013

110

- ② Defects of cell wall
- ③ Diseases

TRANSFERIDO / ENCAMINHADO PARA: YURI 38102 898

OTIVO: Z. de la C. o

ATA: 12/02/02

DORA: KY : 30

卷之三

1760

Num. 69411594 - Pág. 13

**Laudo de avaliação médica para fins de verificação e  
Quantificação de lesões permanentes em vítimas do seguro DPVAT**

**Informações do Acidente**

**Sinistro:** 2013722499

**Data do Acidente:** 19/02/2012

**Nome da Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA

**Local:** RECIFE

**UF:** PE

**Resultado da avaliação apurada pelo examinador**

**I. Há lesão cuja etiologia (origem casual) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?**

(x) Sim      ( ) Não      ( ) Prejudicado

**Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:**

Nenhum registro.

**II. Com base no quadro clínico atual do examinado, favor registrar:**

**a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:**

Fratura exposta do quinto quirodáctilo direito, lesão de leito ungueal, com avulsão da placa ungueal com tratamento cirúrgico. Fratura do quarto pododáctilo direito submetido a tratamento conservador

**b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.**

Vítima apresenta bloqueio total de movimentos do quinto quirodáctilo direito. Não apresenta sequelas no pé.

**III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?**



**a) Tratamentos:** (x) Não ( ) Sim

**Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:**

Nenhum registro.

**b) Exames Complementares:** (x) Não ( ) Sim

**Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:**

Nenhum registro.

**IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:**

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

Nenhum registro.

b) (x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitação funcional completa do 5º quirodactilo direito

**V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação.**

**Com base no exame médico pode-se documentar:**

( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

**Em se tratando de enquadramento como "parcial", informar se o dano é "completo" ou "incompleto".**



( ) Parcial Completo (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

**Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.**

1º Lesão: quinto quirodactilo direito (100%)

**Observação:** Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequelas poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

#### **Informações Complementares Apresentadas pelo Examinador:**

Nenhum registro.

#### **Identificação do examinador**

**Nome:** PAULO MUNIZ

**Registro no CRM:** 5530

**Local do Exame:** xx

**Data do Exame:** 28/11/2013



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013722499	<b>Cidade:</b> Recife	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> GERSON DANIEL DA SILVA	<b>Data do acidente:</b> 12/02/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Rafael Oliveira Santos
<b>Seguradora:</b> ARUANA SEGUROS S/A	<b>Prestadora:</b> IBMES INST. BRASILE MEDICINA ESPEC. EM SEGUROS LTDA	<b>CRM do médico:</b> 906387

## PARECER

**Data da análise:** 25/11/2013

**Valoração do IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL NO 5º QDD + 4º PDD

**Resultados terapêuticos:**

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PERICIA ESPECIAL PE

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS

**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
-------------	----------	-----------------	------------------

Danos não definidos.

**Valor avaliado:** 0,00

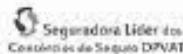
file:///C:/Users/juliana.alfonso/Desktop/ANEXAR/PARECER%20DE%20ANÁLISE... 07/10/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263270700000068066833>  
 Número do documento: 20101314263270700000068066833

Num. 69411594 - Pág. 17

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013722499      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez  
**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 12/02/2012      **Emissor do parecer:** Igor da Silva Bonfim  
**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A      **Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.      **CRM do médico:** 5530

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do quinto quirodáctilo direito, lesão de leito ungueal, com avulsão da placa ungueal. Fratura do quarto pododáctilo direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima apresenta bloqueio total de movimentos do quinto quirodáctilo direito. Não apresenta sequelas no pé.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador, tratamento cirúrgico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional completa do 5º quirodáctilo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/11/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** PAULO MUNIZ

**UF do CRM do médico:**

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	100

**Valor avaliado:** 1.350,00





Número: **0055593-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GERSON DANIEL DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69411 605	13/10/2020 14:26	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180423545      **Cidade:** Camaragibe  
**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 14/03/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Lider- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180423545      **Cidade:** Camaragibe  
**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 14/03/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame** DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERCO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO  
**medico pericial:** DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO ( LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM E ALTERAÇÃO À MARCHA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

### 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GERSON DANIEL DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180423545**  
Vitima: **GERSON DANIEL DA SILVA**  
Data do Acidente: **14/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180423545**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13358421



---

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GERSON DANIEL DA SILVA**

**Sinistro:** 3180423545  
**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA  
**Data do Acidente:** 14/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180423545** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Carta nº 13401349

Pag. 040/101402 - carta\_02 - INVALIDEZ





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	051 763.204-79	Gerson Daniel da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gerson Daniel da Silva	051 763.204-79	autônomo
Endereço	Número	Complemento
R. Dr. Aristacio Mourado de Azevedo	119	
Bairro	Cidade	Estado
meia caueanga	Recife	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	50980-470	81-3011-3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.º:	D/V	CONTA N.º:	D/V
1028		J26965	5
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ IPIR _____			
AGÊNCIA N.º:	D/V	CONTA N.º:	D/V
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

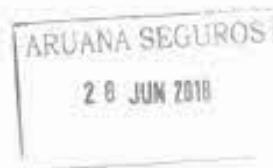
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Gerson Daniel da Silva de 06 de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS  
28 JUN 2018  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180423545  
Nome do(a) Examinado(a): Gerson Daniel da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Aristachio Dourado de Azevedo, 119  
Caxanga Recife PE CEP: 50980-470  
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6110464  
Data local do acidente: [ 14/03/2018 ]  
Data local do exame: [ 27/09/2018 ] Olinda [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(es) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.  
**FRATURA DE TÍBIA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: CONSOLIDAÇÃO VÍCIOSA DE FRATURA.**  
**Data da Alta: MARCO/DE/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERCO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNozELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO ( LEVES ), MARCHA CLAUDICANTE.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO DA ADM DO MEMBRO, DEFORMIDADE E ALTERAÇÃO A MARCHA.**

- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valerá o dano permanente no item VII "b".*
- VII. Segundo o previsto no inciso II, § 1º do art. 3º da Lei 8.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantitativo correlacionando à melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*):

"Vítima em tratamento"  "Sem sequela permanente"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*  
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amelioração proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

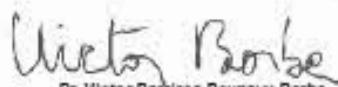
Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dr. Victor Ranhires Reynaux Borba  
CRMPE - 21266

Assinatura do(a) Médico(a) Examinado(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>

Num. 69411605 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 837<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CA  
DP 837<sup>ª</sup> CIRC DIM/9<sup>ª</sup> DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0127003055

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/05/2018 às  
10:37

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que acometeu no dia 14/3/2018 às 07:20

Foto tirada no endereço: BAIRRO DE TIMBÉ (BAIRRO), 1. AVENIDA  
SILMERO CORRÉA - Bairro: TIMBÉ - CAMARAGIBA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Fonte do Foto: VISA PÚBLICA

中国科学院植物研究所植物学大系网 100 种植物图谱

新規のAPPLA（AUDIO+VIDEO）  
由HGN（AMPS）によるLVDS（HDMI）

Objetos enviados na escravidão:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(s) GERSON DANIEL DA SILVA

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

#### Qualificação do(s) objecto(s) envolvido(s)

ARUANA SEGUROS  
28 JUN 2018

1968 Ford Mustang 2-Door Hardtop 302 V8 4 Speed Manual, 80720 Miles, Chassis: 9C2KD93400R188222  
VIN: 1Y01KD93400R188222. Engine: 302/2V. Transmission: 4 Speed. Fuel: MULCO/GASOL.



16/05/2018 (0:23)

file:///C:/Users/Police Civil/Downloads/BOEPreview.html

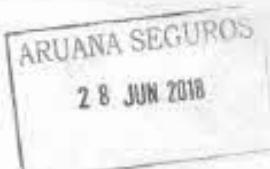
### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO, QUANDO PASSOU POR AREIA NA PISTA, VINDO A DERRAPAR NA MESMA E PERDER O CONTROLE, VINDO A CAIR. A MESMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DE SÃO LUISENCO DA MATA, CONFORME A CERTIFICO N° 2012AFH000555. A VITIMA FOI REGISTRADO NA UPA COM PRONTUARIO 288943. O MESMO CHEGOU COM SUSPEITA DE FRACTURA OU LUXACAO SEM DEFORMIDADE, SENDO ATESTADO A FRACTURA DA TIBIA. LOGO APÓS O ATENDIMENTO NA UPA, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL ARTURIO VASCONCELOS E LOGO A REQUIEM PARA O SANTO CASA DE SAÚDE DE SÃO LUISENCO DA MATA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) neste local

~~George Daniel da Silveira~~

丹尼爾·席爾瓦  
(Daniel Silva)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426328250000068066843>  
Número do documento: 2010131426328250000068066843

Num. 69411605 - Pág. 9



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima  
*Gleyson Daniel da Silva*      CPF da Vítima  
*051.763.204-79*      Data do Acidente  
*14/03/2018*

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Ullinda, 19 de 06 de 2018*  
Local e Data

*Gleyson Daniel da Silva*  
Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

*28 JUN 2018*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# 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: 03/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

---

Nr. da Autenticação CDCFB1F9659182CC



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 11



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

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH000565 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(\*). FRANKRAGNER ASSIS DA SILVA, 34 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6307564 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 052.040.834-99, residente à RUA PERDRO ALVARES CABRAL, nº 32, JARDIM ATLANTICO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 14/03/2018, por volta das 07:20 hs, no endereço: AVENIDA DOUTOR BELMIRO CORREIA, S/N, TIMBI CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, VERMELHA, PGO4663-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(\*) GERSON DANIEL DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 051.763.204-79 e Registro Geral nº 6110464, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798041-8 ALCY. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO (SÃO LOURENÇO DA MATA). Registrado(a) com o prontuário nº 880943. Ficou aos cuidados do médico AZARIAS SALGADO, registro 6218. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/05/2018

*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 2018APH000565*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

ARUANA SEGUROS  
28 JUN 2018



**celpe**  
zeoenergia

Notas Fiscais de Fornecimento Elétrico - Cidade de São Paulo (CEP 05400-000) - 2018-04-02

CEP 05010-000, São Paulo - SP - FAX: (11) 3000-0000 - E-mail: [contato@celpe-sp.com.br](mailto:contato@celpe-sp.com.br)

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Deus, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000  
CNPJ 10.020.022/0001-07 | Insc. Est. 0002000-99 | [www.celpe-pe.com.br](http://www.celpe-pe.com.br)

DADOS DO CLIENTE  
ISMAEL DANIEL DA SILVA

CPF: 270.180.124-91

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Residencial

TIPO DE CONSUMO: RESIDENCIAL

007491100 | RESIDENCIAL

77402918 | 200146254 | 07/2018

DATA DE VENCIMENTO: 07/03/2018 | DATA PAGAMENTO: 26/03/2018 | TOTAL A PAGAR (R\$): 80,96

DETALHAMENTO DA FATURA FISCAL

DETALHAMENTO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Correção de Arropeau	112 (000000)	0,007854	0,86
Contribuição Autônoma Pública			15,38
ICMS Subvenção - CDE-SP 023810406-29/03/17			8,12
Multa por atraso - SP 004004255 - 26/03/18			3,78
Ajuste por consumo - SP 003040255 - 26/03/18			0,00
Abatimento SP 001004255 - 26/03/18			0,21

TOTAL DA FATURA: 90,96

DETALHAMENTO DA FATURA FISCAL	VALOR (R\$)
TIPO DE CONSUMO: RESIDENCIAL	0,00
TIPO DA PREÇO: FAL	0,00
ANTERIOR: 11.000,00	0,00
LEITORA: 11.000,00	0,00
ATUAL: 11.000,00	0,00
TYPE: FAL	0,00
CONSTANTE: 0,00	0,00
AJUSTE: 0,00	0,00
CONSUMO (MW): 0,00	0,00

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.923/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0000945-93

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.408, de 28/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 6599

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 móveis

DADOS DO CLIENTE

MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO P.

CPF: 105.692.254-63

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC FERNANDES VIEIRA 21 B

JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA  
53140-300 OLINDA-PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DATA DE VENCIMENTO

22/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

463,78

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9184.F72E.1676.0C91.0309.56B1.FF25.E906

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	548,00	0,73927710	403,94
Acrescimo Bônus/ Bônus AMARELA		3,88	
Acréscimo Bônus/ Bônus VERMELHA		19,34	
Concessão Iluminação Pública		29,54	
ICMS Subvenção-CDE-PE 013084777-16/04/18		3,87	
Multa por atraso-PE 013084777 - 16/04/18		7,87	
Imposto de Renda-PE 013084777 - 16/04/18		3,15	
Alimentação-ICIPM-PE 013084777 - 16/04/18		1,81	
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>463,78</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
426,84	25,05	106,71	428,84	9,71	3,37
				426,84	3,86
					15,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO DE REFERÊNCIA	TIPO DE FONTE	ANTERIOR	ATUAL	%	CONSTANTE	ALGUEM	CONSUMO
14/06/2018	CAT	16/06/2018	26/06/2018	37.361,00	88	1.600,00	8,09

DATA PREDIÁTICA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/07/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta conta poderá ser paga em qualquer dia útil de seu critério. Confira a lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

Na data da leitura a tarifa em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

O cliente é compensado quando há variação no consumo individual ou de nível do consumo de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (RESOLUÇÃO ANEEL), juros 1% m/lat 10.438029 e atualização monetária no preço.

O cliente é compensado quando há desempenhamento de prazo definido para os serviços de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento

podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
Interrupção de Fornecimento - Bônus	100,00	0,42	4,21	4,21	70,34
Interrupção de Fornecimento - Bônus	100,00	3,17	3,17	3,17	52,27
ICIC - Interrupção de Fornecimento - Bônus	100,00	2,86	2,86	2,86	49,00
ICIC - Interrupção de Fornecimento - Bônus	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Valor da Interrupção de Fornecimento	400,00	10,45	10,45	10,45	120,61
Total Consumidor pede devolução à operadora nos níveis: Bônus, ICIC, Bônus e qualquer interrupção					

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202
231	248

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TIPO DE PAGAMENTO
007027598778	06/2018	463,78	22/06/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.



## BUTENTIGAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leituras óticas.

ABUJANA SEGUROS

28 JUL 2018

1996-1997



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426328250000068066843>

Num. 60411605 Pág. 14



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/BIBLIOTECAWEB/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>1</sup>Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

<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 Ricardo Nogueira dos Souto<sup>2</sup>, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.259 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gerson Daniel da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.204 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura 3mralidez, da Vítima Gerson Daniel da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.204 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Ricuso Renda: Ricuso e apresento os documentos comprobatórios:  
Ricuso

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Praca Fernando Reina</u>	<u>Blinda</u>	<u>21</u>	<u>B</u>
<u>fd. Atlântico</u>		<u>PE</u>	<u>53140-300</u>
<u>PRASSOSSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>	<u>81-3011.3224</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>9.8844-8263</u>
		<u>Telefone celular (DDD)</u>	

Blinda, 15 de 06 de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLR1.001.V001/2017



**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**

**DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

DATA DO ACIDENTE: 14/03/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14/03/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: JÉKSON DANIÉL DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: ① Fratura dos ossos da Perna Direita	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): - Fracionamento cirúrgico - Redução - Cimentação + osteosíntese com placas - Parafusos - Fisioterapia - 30 sessões	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? Caso positivo descrever:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: 1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. 2) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL** (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO  
1º Membro inferior torso ± 70 x  
X De deposit fuscocase.  
2º  
3º  
4º  
5º

A AFIRMO QUE NESTA EPOCA AVALEI A VITIMA NO PERIODO DE 20/08/18 A 20/10/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SAO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL 1170-2 DATA 8/1/62

ARUANA SEGUROS  
12 SET 2018



Atendimento: 880943

Senha da Classificação:

**0035**

Data e Hora: 14/03/2018 08:04

Especialidade:

Paciente: 178337 GERSON DANIEL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/09/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS

CRM: 6218

Endereço: DOUTOR ARISTACHO DOURA --

119

Bairro: CAXANGA

Cidade/UF: RECIFE PE

Cep: 50980470

Usuário Atendimento: ADRIANAFS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: (81)98137880

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

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

Queixa Principal

*mr refere que de andar*

Exame Físico

*mr é galopeas e os movi-  
mentos da perna d mr  
parecem distorção inchaço*

Hipótese Diagnóstico

*fractura 13 d 1st um  
ido ferme da re*

Conduta Terapêutica

*tratamento*

Prescrição Médica

*transfusão de  
hematídeo 01  
unidade**2017-03-14 10:00:00  
2017-03-14 10:00:00  
2017-03-14 10:00:00  
2017-03-14 10:00:00*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório

) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_

Senha: 5383106

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

**ATESTADO**  
( ) SIM ( ) DIAS  
( ) NÃO

**UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO**

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/03/2018 08:02

	Nome Paciente:	GERSON DANIEL DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	21/09/1984
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	0035
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 14/03/2018 08:03 - 14/03/2018 08:04

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**Cor: **AMARELO**Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDP PELO BOMBEIRO DE SLM ,VITIMA DE QUEDA DE MOTO  
HOJE,REFERE DOR EM MID.

Observação: NEGA ALERGIA

HAS-

DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5  
- ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/03/2018 08:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>

Num. 69411605 - Pág. 18

Número do documento: 20101314263282500000068066843

## 1. IDENTIFICAÇÃO

## HISTÓRICO

Nome: Gerson Daniel da silva Número do Atendimento: 99043  
Idade: 33 anos Acompanhado por:

## 2. QUESTÕES PRINCIPAIS

Fratura de tibia

## 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( ) Alergias Quals: Nega Alergia ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS  
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Outras

## EXAME FÍSICO

## 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL:  Bom ( ) Regular ( ) Grave

## 5. INTEGRIDADE DA PELE

Normocoratio ( ) Hipocoratio ( ) Aclandítico ( ) Clandítico ( ) Anictílico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alergicas  
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarcina  
( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

## 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Típico ( ) Sedado  
PUPILAS:  Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrábismo ( ) Midriase ( ) Mioses ( ) Fotoreagente

## 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL:  Cooperativo ( ) Choroso ( ) Irritado ( ) Solitário ( ) Ansioso ( ) Agitado

## 8. SINAIS VITais

FEV:  Febril ( ) Febril T. AXILAR = 36 °C FR:  13 IPM: Sát 02-99% ( ) Eupneico ( ) Dispnéico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES:  Presentes ( ) Ausentes ( ) Olmúrdulos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitantes FC:  30 bpm  
PA:  126 x 71 mmHg PULSO: ( ) Fíliforme ( ) Chão ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO:  Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia

## 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA:  Nada ( ) Aceita bem ( ) Pardamente ( ) Não aceita ABDOME:  Fácido ( ) Tenso ( ) Distraindo ( ) Globoso ( ) Doloroso ( ) Plano  
( ) Ascítico ( ) Grávidico EVACUAÇÃO:  Normal ( ) Constipação ( ) Fattos ( ) Diarréia N.º evacuações: \_\_\_\_\_ Aspecto: ( ) Normal ( ) Mucoso  
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor característico ( ) ÉMATE Aspecto: ( ) Hematimase ( ) Com resíduo alimentar

## 10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE:  Presente Aspecto: \_\_\_\_\_ ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Andría  
( ) Disúria ( ) Hematuria ( ) Oligúria ( ) Poladúria

## 11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

ARUANA SEGUROS

MOBILIDADE:  Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO:  Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: JUN 2018



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. <input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório prejudicado		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado a _____ graus. <input type="checkbox"/> Aspirar VAS com técnica asséptica S/N <input type="checkbox"/> Comunicar alterações da frequência respiratória <input type="checkbox"/> Outros:	
2. <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Crônica <input type="checkbox"/> Aguda		<input type="checkbox"/> Anotar localização e as características da dor <input type="checkbox"/> Aplicar escala de dor (0 à 10) <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação <input type="checkbox"/> Outros:	
3. <input type="checkbox"/> Instabilidade da pressão arterial		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial a cada _____ <input type="checkbox"/> Manter decúbito no leito <input type="checkbox"/> Outros:	
4. <input type="checkbox"/> Edema Local: _____		<input type="checkbox"/> Descrever características do edema <input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção <input type="checkbox"/> Outros:	
5. Temperatura Corporal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Elevada		<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $> 37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia <input type="checkbox"/> Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia <input type="checkbox"/> Outros:	
6. Glicemias Prejudicada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada		<input type="checkbox"/> Aferir e registrar HGT de _____ <input type="checkbox"/> Outros:	
7. <input type="checkbox"/> Náuseas		<input type="checkbox"/> Orientar/Mantar decúbito elevado por 2 horas após as refeições	
8. <input type="checkbox"/> Vômitos		<input type="checkbox"/> Registrar e comunicar frequência e características do vômito	
9. <input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Registrar frequência e aspecto da diarréia <input type="checkbox"/> Outros:	
10. <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada		<input type="checkbox"/> Registrar e comunicar alterações na integridade da pele <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima após eliminações	
11. <input type="checkbox"/> Risco para lesão		<input type="checkbox"/> Manter lençóis limpos secos e esticados <input type="checkbox"/> Diminuir pressão nas proeminências ósseas <input type="checkbox"/> Outros:	
12. <input type="checkbox"/> Depressão		<input type="checkbox"/> Manter vigilância constante	
13. <input type="checkbox"/> Uso de álcool		<input type="checkbox"/> Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente <input type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Realizar contenção no leito SN <input type="checkbox"/> Outros:	
14. <input type="checkbox"/> Risco para aspiração		<input type="checkbox"/> Manter decúbito a 45° <input type="checkbox"/> Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação <input type="checkbox"/> Outros:	
15. <input type="checkbox"/> Risco para infecção		<input type="checkbox"/> Evitar manuseio excessivo do paciente <input type="checkbox"/> Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Outros:	
16. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros:	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

FC- Frequência Cardíaca

DUM- Data da última menstruação

VAS- Vía Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores

VO- Vía Oral

IG- Idade Gestacional

MMII- Membros Inferiores

SVD- Sonda vesical de demora

SNG- Sonda Nasogástrica

PR- Frequência respiratória

SVA- Sonda vesical de alívio

SNE- Sonda Nasenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Gerson Daniel da silva 33 anos Registro: 880943

Responsável: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Enfermagem #
14.03.18 09h	Cliente adm na sala amarela com FGR eufneico sat 99%. afebril 35°C, FR 143 bpm, normocardíco, FC 71 bpm, hidratado, Medi- cado c7M, H2O. Fratura de tibia, AOF. Cabeça e pescoço sem alterações, pele integra, torax simétrico, A2 com MVA/S/RA, AC com BNF em 2+ S/IS, abd flácido e plano, eliminação fisiolo- gica (DIE+) e espontânea, aguarda transferência para HbV se- que os cuidados.

ADUANA SEGUROS

28 JUN 2006





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426328250000068066843>  
Número do documento: 2010131426328250000068066843

Num. 69411605 - Pág. 22



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Genes Denilson de Oliveira Registro: 880843

Enfermaria: Juanita

Leito: 606

Hora Admissão:	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOTURNO	DATA: <u>10/3/18</u>	
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input checked="" type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> SVD/SVA Aspecto: _____
Observações:	<u>Apresenta febre de 38,5°C</u>		

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
11h00	120/72	—	—	—	—	—	<u>Aluia</u>
							<u>100%</u>

Técnico de Enfermagem: Cláudia Almeida

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Hora Admissão:	Plantão: <input type="checkbox"/> DIURNO <input checked="" type="checkbox"/> NOTURNO	DATA: <u>10/3/18</u>	
Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> V.O. <input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> SVD/SVA Aspecto: _____
Observações:	_____		

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_

**ARUANA SECURIS**

28 JUN 2018





### UPA SÃO LOURENÇO DA MATA

#### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

6 fev 8 AM Data de admissão: 14/01/18

Nome: Gerson Daniel

Sexo: M Idade: 33 a

Peso/peso estimado: 76 Altura/altura estimada: 168 IMC: 26,9

Risco nutricional: primário ( ) secundário ( ) terciário ( )

#### DADOS CLÍNICOS:

História/ Diagnóstico Clínico:

Fratura

Patologias associadas: Cardiopatia ( ) Hipertensão ( ) Diabetes( ) Nefropatia( )

Via de Alimentação: Oral( ) Sonda( )

Alterações TGI: Mastigação dificultada ( ) Disfagia ( ) Náuseas( ) Vômitos ( )

Função Intestinal: Regular( ) Irregular( ) Diarréica( ) Constipação( )

Mudança na Consistência das refeições: Não  Sim ( )

Apetite/Consumo Alimentar: Abaixo do estimado ( ) Adequado( ) Acima do estimado( )

Alergia/Intolerância Alimentar: Ausente

Uso de Suplemento: sim ( ) não

#### DADOS DIETÉTICOS PARA PACIENTES EM USO DE DIETA ENTERAL

Data de início de dieta: Hora:

Data de término da dieta: Hora:

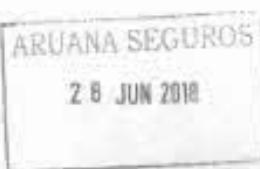
Volume inicial de administração:

Progressões de volume:

Data: Volume atual: Data: Volume atual:

KARLA MORAES  
NUTRICIONISTA  
CRN 6 - 6131

NUTRICIONISTA





### GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: GENSON DANIEL N°: 516 IDADE: 33/04/005  
REGISTRO: 880943 DATA: 14/03/2018  
HDA: refre

EX. FÍSICO: vit. e pulmões  
movimento limitado  
dorsos latentes

EX. COMPLEMENTARES: +

#### HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

- fratura de clavícula
- lombalgia
- dores latentes

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: estabilizar

SENHA: \_\_\_\_\_ DESTINO: \_\_\_\_\_

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM(  ) NÃO(  )

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

HORA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_ MÉDICO SOLICITANTE: 03/03/2020

HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GERSON DANIEL DA SILVA**, prontuário nº 1125704, admitido neste hospital em 15/03/2018 com diagnóstico de Fratura dos Ossos da Perna Direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 19/03/2018.

Recife, 25 de Maio de 2018.

Roberta C. de Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 15434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGURO  
28 JUN 2019

Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412-3800  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 26

A-630-11

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
2 - CNES				1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
3 - CNES				4 - CNES			
Identificação do Paciente				5 - NOME DO PACIENTE			
6 - NOME DO PACIENTE				7 - CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			
8 - NOME DA MÃE				9 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - SEXO				11 - RACIOCÍNIO			
Mae: 1 Fem: 3				12 - PELÍCULAS DE CONTACTO			
13 - TELEFONE DE CONTACTO				14 - TELEFONE DE CONTACTO			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
17 - COD. INÍCIO MUNICÍPIO				18 - UF			
19 - CEP				20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAGÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL				26 - CID-10 PRINCIPAL	27 - CID-10 SECUNDÁRIO	28 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	29 - CID-10 CÓDIGO
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
32 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				DIÁRIA DE UTI TIPO I	DIÁRIA DE UTI TIPO II	DIÁRIA DE UTI TIPO III	DIÁRIA DE UTI TIPO IV
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura expurífera de ossos da perna direita, necessitando de cirurgia urgente, alta hospitalar após melhora.							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				41 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
42 - DOCUMENTO				43 - N° DOCUMENTO (CH/SC/PP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
44 - CNP				45 - N° DOCUMENTO (CH/SC/PP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - DOCUMENTO				49 - N° DOCUMENTO (CH/SC/PP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
50 - DOCUMENTO				51 - N° DOCUMENTO (CH/SC/PP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
52 - CNP				53 - N° CNP			
54 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DE CONSELHO)							
55 - ARCANO SECUNDO							
56 - DATA							
57 - CÓD. 199							





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

---

Nome: **GERSON DANIEL DA SILVA**  
Nº Registro: 567825 Nº Protuario: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)  
Data: 16/03/2018 / 11:29 Convênio: SUS - AMB  
CPF: 05176320479

---

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 20/03/2018 11:16:41.

Dr. Henrique Costa Barbosa  
CRM: 10531  
Data: 20/03/2018  
Hora: 11:16:41

Dr. Henrique Costa Barbosa  
CRM: 10531  
Data: 20/03/2018  
Hora: 11:16:41

ARUANA SEGUROS  
28 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 28

Nome: **GERSON DANIEL DA SILVA**  
Nº Registro: 567825 Nº Protuario: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)  
Data: 16/03/2018 / 11:28 Convênio: SUS - AMB  
CPF: 05176320479

## BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 16/03/2018-11:28

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Direita + Ostectomia + Osteotomia

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + ostectomia + dissecção por planos, realizado osteotomia + redução da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com 01 placa + parafusos, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SF0,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 20/03/2018 11:18:07.



ARUANA SEGUROS  
28 JUN 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 29



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

## ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

**GERSON DANIEL DA SILVA**

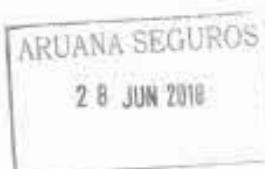
O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S82

Recife, 19/03/2018

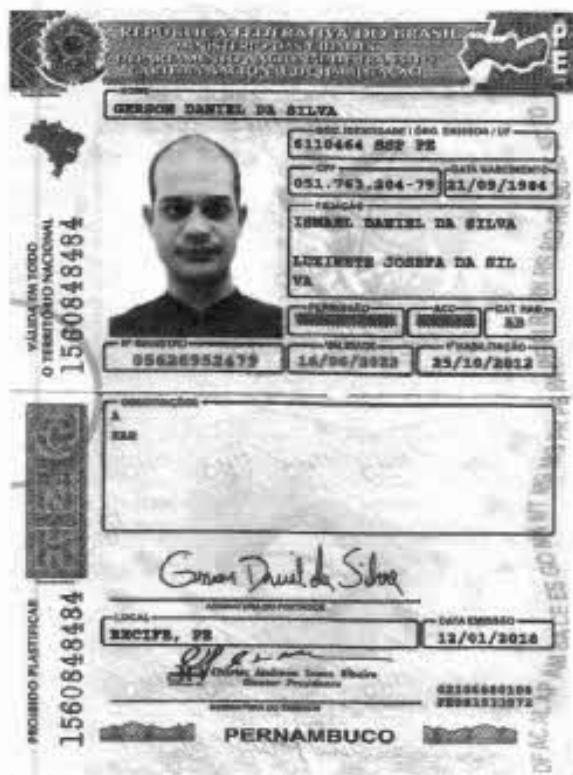


**Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA**  
**CRM: 10531**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 30



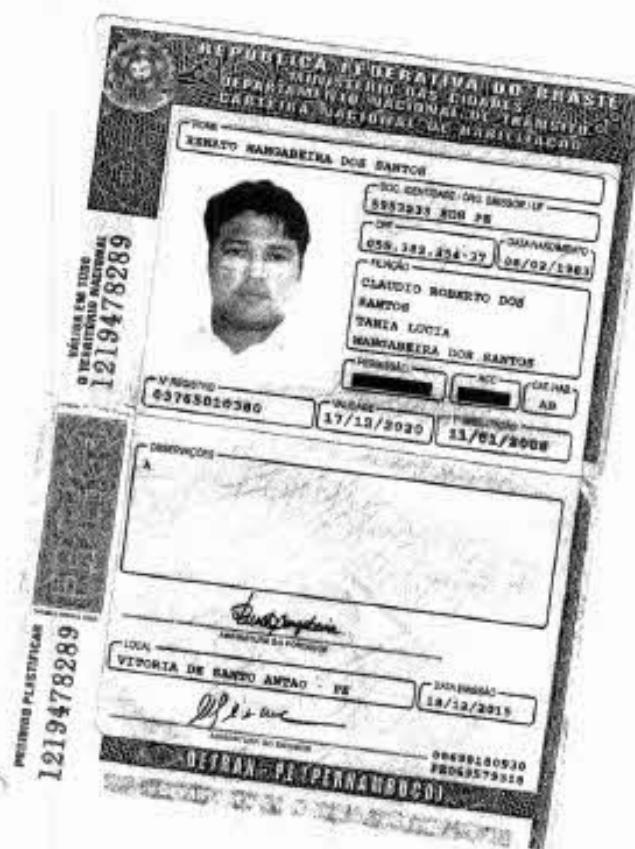
ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 31



ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 32



ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426328250000068066843>  
Número do documento: 2010131426328250000068066843

Núm. 69411605 - Pág. 33

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Gerson Daniel da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 14/03/2018 CPF DA VITIMA 051.763.204-79  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ruivo Souza Góes dos Santos  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUBO PARANTESCO COM A VITIMA E  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Pe Fornances viuva  
 N° 21 COMPLIMENTO B BARRA fd. Atlântico  
 CIDADE Olinda UF PE CEP 53190-300  
 E-MAIL brasessociaprendencias TELEFONE 81 3011.3224  
@outlook.com 8874-8263

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NÃO IMPÓSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML
- (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUIS COMPRIRE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AUTA (INDEFINIDA)
- 1 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- 1 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE ID. NITIDAL DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÊM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, DESE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- FOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO BISSTÚRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUÊM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- + MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LBI 8-194/74.
- + DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADODOTRANITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADODOTRANITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 622 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA:

IDENTIDADE 007650103801ASSINATURA Ricardo Souza Góes dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECLAMO NA SEGUROADORA

ARUANA SEGUROS

DATA: 26 JUN 2018ASSINATURA José

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180423545      **Cidade:** Camaragibe  
**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 14/03/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545 Cidade: Camaragibe Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA Data do acidente: 14/03/2018 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame** DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERCO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO  
**médico pericial:** DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSÃO ( LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM E ALTERAÇÃO À MARCHA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

### 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

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>

Número do documento: 20101314263282500000068066843

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**Outorgante:** Gerson Daniel da Silva  
RG/CNH/CTPS: 05626952439 CPF: 051363201-79

**End:** Rua Dr. Aristóteles Bernardo de Aguiar, 119,  
newa Encanção, Recife/PE.

**Outorgado:** RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.  
RG/CNH/CTPS: 03765010380 CPF: 055.382.254-37

**End** AVENIDA PEDRO ALVARES CABRAL, 32, LOJA 12, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como **vítima:** Gerson Daniel da Silva

6 RECIFE ,16 de Maio de 2018.

Gerson Daniel da Silva  
**(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)**

CARTÓRIO DO REGISTRO CÍVICO DO II<sup>º</sup> DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE  
Av. Rui Chaves, 369 - Recife - CEP: 50.070-000 - Fone: (81) 3463-2263  
Reconheço por AUTÊNTICIDADE a firma indicada de  
GERSON DANIEL DA SILVA  
lançada em minha presença, dia 16.  
Recife, 16 de maio de 2018.  
M. Yves Melo da Silva (Escrevente autorizado)  
Evol. 1 R\$ 3,39 TSMR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79  
Selo 0476246.LSMW3201802.03683

ARUANA SEGUROS  
28 JUN 2018



## PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333849/18

**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA

**CPF:** 051.763.204-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2018

GERSON DANIEL DA  
SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

#### GERSON DANIEL DA SILVA : 051.763.204-79

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: 12/09/2018  
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS  
CPF: 055.382.254-37

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

ABENILDA MARIA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:32  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263282500000068066843>  
Número do documento: 20101314263282500000068066843

Num. 69411605 - Pág. 38



Número: **0055593-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GERSON DANIEL DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69411 606	13/10/2020 14:26	<a href="#"><u>ANEXO 3</u></a>



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, 22 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200025205**      **Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GERSON DANIEL DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag: 01797/01798 - carta\_02 - INVALIDEZ



00040899

Carta nº 15402987



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 1

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, 11 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200025205**      **Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GERSON DANIEL 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\$ 2.531,25

**Recebedor: GERSON DANIEL DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000001028**

**Conta: 00000126965-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 00951/00952 - carta\_30 - INVALIDEZ



00020476

**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, retorno 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:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 031.103.204-79 Gerson Daniel 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: Gerson Daniel da Silva 6 - CPF: 051.763.204-79  
 7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA DR. ARISTACIO LAROSA 119 Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: CASA 64 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 20980-970  
 15 - E-mail: (81) 81766043

## DADOS CADASTRAIS

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: 1028 CONTA: 126965

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO AUFABETIZADO

## 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(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhacez)?  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 Lider 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Gerson Daniel da Silva*

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200025205  
Nome do(a) Examinado(a): Gerson Daniel da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Dr Aristacho Dourado de Azevedo, 119  
Caxanga Recife PE CEP: 50980-470  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6110464  
Data local do acidente: [ 16/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 27/01/2020 ] Goiana [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 16/10/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA TERÇO CANULADO 3,5 MM MAIS 5 PARAFUSOS CORTICais E PARAFUSO MALEOLAR MAIS ARRUELA DE COMPRESSÃO EM MALEÓLO MEDIAL, RECEBEU ALTA APOS 24 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA BOTA POR 30 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARATER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.  
**Complicações:** PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DE 2,5 CM, MARCHA CLAUDICANTE, DOR DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM APOIO DO CALCÁNEO AO SOLO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

Data da Alta: 17/10/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME DO TORNOZELO ESQUERDO:** APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (3+/4+), CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DE 2,5 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO ONDE NÃO É POSSÍVEL MENSURAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA DE FORMA INTENSA, DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, RIGIDEZ DURANTE A MANOBRA DE INVERSÃO E EVERSAO EM 5°, MARCHA CLAUDICANTE, DOR DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM APOIO DO CALCÁNEO AO SOLO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO ONDE NÃO É POSSÍVEL MENSURAR**  
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°  
**COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA**  
**DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II**  
**RIGIDEZ DURANTE A MANOBRA DE INVERSÃO E EVERSAO EM 5°**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

*Tiago Martins Formiga*

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14850

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





06/12/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 018ª CIRCUNSCRICAO - MACAXEIRA -  
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0108002958

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/12/2019 às  
10:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 16/10/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE APIPUCOS (BAIRRO), 1 - Bairro:  
APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
GERSON DANIEL DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): GERSON  
DANIEL DA SILVA

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

**GERSON DANIEL DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: **LUZINETE JOSEFA DA SILVA** Pai: **ISMAEL DANIEL DA SILVA** Data de Nascimento:  
21/9/1984 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119 - CEP:  
55000-000 - Bairro: CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no  
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GERSON DANIEL DA SILVA**, que  
estava em posse do(a) Sr(a): **GERSON DANIEL DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: Não  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

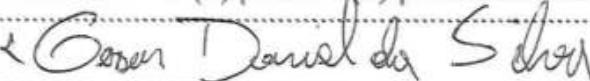


Placa: PGQ4663 (PERNAMBUCO/RECIFE)

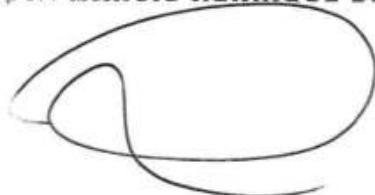
Complemento / Observação

GERSON DANIEL RELATOU QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E QUE QUANDO ESTAVA PRÓXIMO AO HOTEL SENZALA (SENTIDO APIUPUCOS/DOIS IRMÃOS) UM CACHORRO SURGIU REPENTINAMENTE ATRAVESSANDO A VIA. QUE ACIONOU BRUSCAMENTE OS FREIOS DA MOTO, VINDO A SER PROJETADO AO SOLO. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES SENDO CONDUZIDO PARA A EMERGÊNCIA DA UPA DA CAXANGA (ATENDIMENTO 81387262). QUE DO ACIDENTE RESUTOU FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDA, CONFORME DIAGNÓSTICO DO MESMO NÚMERO DE ATENDIMENTO DAQUELA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.

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

  
GERSON DANIEL DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: MARCIO HENRIQUE DE BARROS - Matrícula: 319833-2



de 2

06/12/2019 10:53



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 031.103.204-79 Gerson Daniel 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: Gerson Daniel da Silva 6 - CPF: 051.763.204-79  
 7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA DR. ARISTACIO LAROSA 119 Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: CASA 64 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 20980-970  
 15 - E-mail: (81) 81766043

DADOS CADASTRAIS

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: 1028 CONTA: 126965

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO AUFABETIZADO

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(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhacar)?  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 Lider 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Gerson Daniel da Silva*

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

---

Nr. da Autenticação D16017FCCFE4A317



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 8



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2  
ATENDIMENTO: PRAÇA FARIAZ NEVES - N.H. - S/N - DOIS IRMAOS R  
RECIFE PE 52171-011.

DADOS DO CLIENTE  
ISMAIL DANIEL DA SILVA MATRÍCULA: 54686960 Nov/2019  
R DR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, N. 00119 - CAXANGA RECIFE P  
E 50990-470  
INSCRIÇÃO: 340.355.169.0146 ONO GRUPO:17 DEB.AUTOMATICO: 054686960

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADA	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE BICHOINHAS	COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HOBONICHTER A165166587	DATA LEIT. ANTERIOR 12/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 12/12/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:  
LEIT ANT: 520 CONSUMO:16  
LEIT ATU: 536  
LEIT FAT: 536

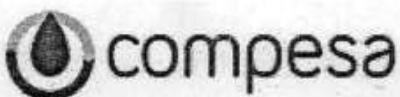
HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN- TE A LEGIS
TURBIDEZ	126	127	127
COR APARENTE	127	127	125
CLORO RESIDUAL	127	127	127
COLIF. TOTAIS	127	127	123
E. COLI	127	127	127

MÉDIA: 15 Qualidade de Água: www.compresa.com.br  
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLEIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	10 M3 6 M3	44,08 30,30
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 10/2019		1,81
JUROS DE MORA 10/2019		0,11
DOAÇÃO AO PRO-criança 11/2019		1,00





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE.  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190716217220 Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

Dados do Cliente:  
MARIA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA  
AV. TIRADENTES, N. 00366 - - RIO DOCE OLINDA PE 53080-490  
INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

GRUPO: 6

MATRÍCULA: 01621722.0 DATA: 07/2019-3  
OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

RESPONSÁVEL ENDERECO PARA ENTREGA

ULTIMACAO ÁGUA LIGADO	ESTRADA ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	CHARTEDE DE ECONOMIAS CONSUMO	VALORES	MÉDICO
REGISTRO: A16S332116	DATA LEIT. ANTERIOR 29/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/07/2019			
ÁGUA	CONSUMO: 12	ESGOTO		VOLUME: 12	
LEIT. ANT.: 271		LEIT. ANT.:			
LEIT. ATUAL: 283		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 283		LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
06/2019 9/ 9 A		EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
05/2019 8/ 8 A		TURBIDEZ	119	119	108
04/2019 9/ 9 A		COR AFARENTE	119	119	118
03/2019 7/ 7 A		CLORO RESIDUAL	119	119	107
02/2019 7/ 7 A		COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
01/2019 9/ 9 A		E.Coli	119	119	117
MÉDIA 8/ 8 A		OBSEVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3	- R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3	- R\$ 4,74 POR M3	2 M3	9,48
ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3	- R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3	- R\$ 4,74 POR M3	2 M3	9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE	06/2019		1,72
DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER	07/2019		1,00

PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019	TOTAL A PAGAR: 104,28
------------------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET	Emitido em: 30/07/2019
-----------------------	------------------------

	<b>Arpe</b> Agência de Regulação de Pernambuco 0800-2813844
ATENDIMENTO: 0800-0810195	MATRÍCULA: 01621722.0 DATA: 07/2019-3
VAZAMENTOS: 0800-0810185	
VENCIMENTO: 15/08/2019	TOTAL A PAGAR: 104,28
CÓDIGO DE BARRAS	VIA COMPESA
82880000001-4 04280018096-3 01621722001-7 07201930003-1	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<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>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Antônio Manoel de Fennêres  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554-45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Genson Daniel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.763.201-79  
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Genson Daniel da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, 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:	<u>Al. Fimantes</u>	Número:	<u>366</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>Do Doce</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:
E-mail:	<u>(81) 81766047</u>					Tel. (DDD):

Local e Data:

Olinda. 14.01.20

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 11



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<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 NPF 613/98.

Pelo exposto, eu Raelis Antônio Mangabeira Fonseca  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554-45 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Genson Daniel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.201-79  
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Genson Daniel da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.201-79 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:	<u>pl. fumarentes</u>	Número:	<u>306</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>NO COCÓ</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>53080-190</u>
E-mail:	<u>(81) 81766047</u>						

Local e Data: Olinda. 14.01.20

Assinatura do Declarante

DIDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 12

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	16/10/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	16/10/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	GERSON DANIEL DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<p>Paciente vítima de queda de moto ciclista,          e com lesões: fratura de punho e ferida de TCRVZLHO          esquerdo e ferida de cirurgia de extensão          Mão esquerda + Mão direita</p>		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	<p>ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</p> <p>COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:  <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA</p>		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

1º	Segmento anatômico ou órgão afetado
2º	Fratura de
3º	TCRVZLHO esquerdo, flexão e extensão +
4º	Articulação de flexão-extensão - CLAVICULA + CINTURA
5º	Falange de dedo grande grave FUNCIONAL
	Síntese de fratura 75%

AFIRMO QUE ASSISTI E OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 14/10/2020 A E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
14/10/2020	
LOCAL	DATA
ASSINATURA E CARIMBO	





**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	16/10/2019
15393-GERSON DANIEL DA SILVA	35a 1m	21/09/1984	Prontuário:	00015393
Sexo: MASCULINO	Contatos:	/ 81-987919303	Nº Atendimento:	01357252
Mãe:	Endereço:	Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
LUZINETE JOSEFA DA SILVA	DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980470	Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726		

**RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA**

DATA: QUARTA-FEIRA, 16 DE OUTUBRO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

SENHA: 5794338

QP:

DORES NO NO TORNOZELO ESQUERDO APÓS ACIDENTE COM MOTO HÁ 1 HORA. NEGA SINCOPE E EMESE, em: 16/10/19 00:41

Evolução:

MEDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 14



Nome: 15393-GERSON DANIEL DA SILVA	Idade: 35a 1m	Nascimento: 21/09/1984	Data do Atendimento: 16/10/2019
Sexo: MASCULINO	Contatos: / 81-987919303		Prontuário: 00015393
Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA	Endereço: DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO 119 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980470		Nº Atendimento: 01357252
			Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
			Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDOA, em: 16/10/19 00:41

**CID PRINCIPAL:**

**CONDUTA:**

TALA  
TRANSFIRO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, em: 16/10/19 00:41

*Avulso*  
MÉDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 15



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	16/10/2019
15393-GERSON DANIEL DA SILVA	35a 1m	21/09/1984	Prontuário:	00015393
Sexo: MASCULINO	Contatos: 81-987919303		Nº Atendimento:	01357252
Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA	Endereço: DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980470		Serviço:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
			Médico:	IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

### REGISTRO CLÍNICO

#### QPD/HDA:

DORES NO NO TORNOZELO ESQUERDO APÓS ACIDENTE COM MOTO HÁ 1 HORA. NEGA SÍNCOPE E EMESE

#### EXAME FÍSICO:

EDEMA NO TORNOZELO

#### DIAGNÓSTICO:

FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDA

2010131426329900000068066844  
FRACXA  
Dra. Luciana Serr. de Souza  
Coord. Médica  
Caxangá

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426329900000068066844>  
Número do documento: 2010131426329900000068066844

Num. 69411606 - Pág. 16



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ

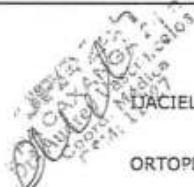


Nome: 15393-GERSON DANIEL DA SILVA  
Sexo: MASCULINO  
Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA  
Idade: 35a 1m  
Contatos: 81-987919303  
Endereço: DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE - CEP: 50980470

Data do Atendimento: 16/10/2019  
Prontuário: 00015393  
Nº Atendimento: 01357252  
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

**Conduta:**

TALA  
TRANSFIRO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO



IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 17

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 16/10/2019 17:39:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: GERSON DANIEL DA SILVA RG: PESO:

IDADE: 35 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 21/09/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

DATA DE ATENDIMENTO: 16/10/2019 00:39:54 ATENDIMENTO: 1357252 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -17 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: TRANS P/ HOF

PROCEDIMENTO DE ALTA:

UPA24H  
CAXANGA  
Caxangá  
Coord. Médico  
CRM: 11.721

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

CRM-9756

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426329900000068066844>  
Número do documento: 2010131426329900000068066844

Num. 69411606 - Pág. 18



**Armindo Moura**  
HOSPITAL GERAL

Nome: GERSON DANIEL DA SILVA (1625832)

Admissão: 327657

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Trumatologia

Date: / /

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

40

FRATURA TORNOZEI O: DIR / V/ESOL X

SID 1B

卷之三

#### **CIRUGIA REALIZADA:**

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO  
COM PLACA E PARAFUSOS EM:  
MÉDICO CIRURGIÃO:**

Dr. MUAREZ

## ORIENTAÇÕES.

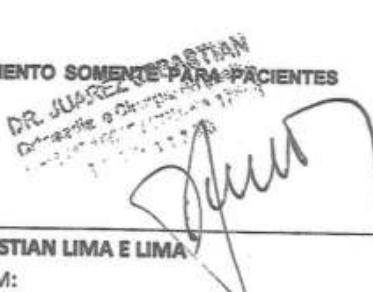
- I - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
  - II - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
  - III - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.
  - IV - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SÓ MARCADOS. SEGUNDA FASE.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 28/10/2019 às 17:00

Dr. (a) MUÑOZ, SEBASTIÁN JUAN

CBM<sub>1</sub>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426329900000068066844>  
Número do documento: 2010131426329900000068066844

Núm. 69411606 - Pág. 19



Nome: GERSON DANIEL DA SILVA (1626832)

Admissão: 327657

**Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria: Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

100

ERATURA TORNOZELLO: RIB ( ) // ESO (X)

CID 10

S82-B

#### **CIRURGIA REALIZADA:**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TORNOZELO  
COM PLACA E PARAFUSOS EM:  
MÉDICO CIRURGIAO:**

Dr. JUAREZ

### ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;

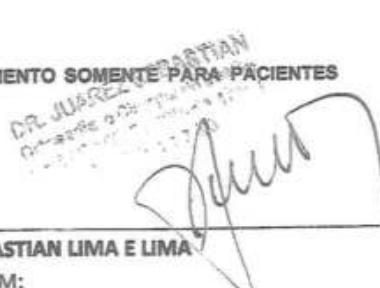
3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.

2020-02-01

Relatório Emissão Eletrônica

1000000000 TALES

284



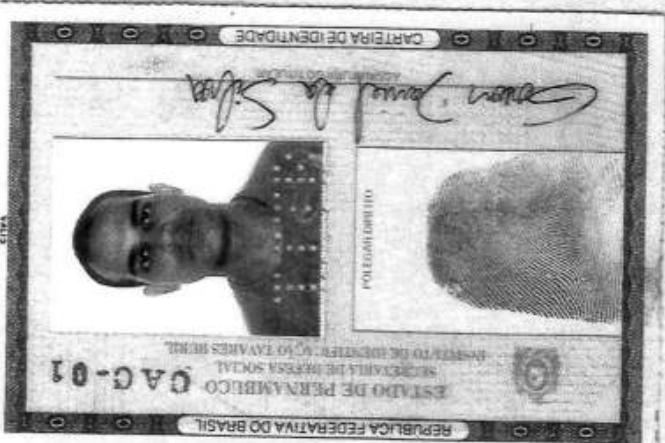
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010131426329900000068066844>  
Número do documento: 2010131426329900000068066844

Núm. 69411606 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 21



9824609  
Rodrigo  
Maurício



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 23

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº 014807382469

VIA:	DOG-RENAMAN	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO:
1	587205520	*****	2019
GERSON DANIEL DA SILVA			
RECIFE-PE			
CPE / CREA		PLACA	
051.763-204-79		PLACA	
PLACA ANUAL		CHASSIS	
*****/25		9C2R00540DR158222	
BAS /MOTOCICLETA			
MARCA / MODELO		COMBUSTÍVEL	
HONDA/EXR150 BROS ESD		ALCO/GASOL	
CAP / POT / CIL		ANO FAB.	
2P/149CL		2013	
CATEGORIA		ANO MOD.	
PARTIC		2013	
COTA ÚNICA		VEÍC. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 QUITADO		VEÍC. / COTAS	
FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
A		*****	
3		*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
80.11		0.32	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
84.58		29/01/19	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
RECIFE		LICEN.	
Roberto Carlos Moreira Fontelles		DATA	
DIRETOR PRINCIPAL DETRAN/PE		04/07/19	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
 Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 24

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200025205      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidade Permanente  
**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA      **Data do acidente:** 16/10/2019      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO TORNOZELO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (3+/4+), CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DE 2,5 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO ONDE NÃO É POSSÍVEL MENSURAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA DE FORMA INTENSA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, RIGIDEZ DURANTE A MANOBRAS DE INVERSÃO E EVERSAO EM 5°, MARCHA CLAUDICANTE, DOR DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM APOIO DO CALCÂNEO AO SOLO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

<b>IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA</b> Vítima: <u>Olívia Renata da Silveira</u> Data do Acidente: Portador da documentação: Qualificação do Portador: <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal cujo parentesco com a vítima é: Endereço do portador: Número: Complemento: Bairro: Cidade: UF: CEP: Telefone: ( ) Email:	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b> <b>DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:</b> <input type="checkbox"/> Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Laudo do IMI (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Declaração de Ausência de Laudo do IMI, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b> <b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:</b> <input type="checkbox"/> Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível) obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. [pára ou tutor]	
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b> <b>VALORES DE INDENIZAÇÕES:</b> Morte = R\$ 13.500,00 Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00 <b>Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa</li> <li>Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário</li> <li>Para acompanhar o pedido de indenização, acesse <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1295 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h</li> </ul>	
<b>PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA</b> Data: Identidade: Assinatura:	<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA</b> M. Yves Cordeiro de Mello Junior

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** GERSON DANIEL DA SILVA

RG / CNH / TPS: 6.110.464 CPF: 051.763.204-79

End: DR. ARISTACHO DOURADO AZEVEDO, 459, VAGZEA

**OUTORGADO:** CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE CPF: 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES N° 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que configura como vítima:

Gerson Daniel da Silva  
CPF: 051.763.204-79

Recife, 6 de 12 de 19

Gerson Daniel da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

PE Cartório de Registro Civil  
15º Distrito Judiciário - Aruá

Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
GERSON DANIEL DA SILVA  
Tancada em minha presença. Dou fé,  
Recife, 06 de dezembro de 2019. Em  
test. da verdade.

ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE  
SUBSTITUTA)

Emol.: R\$ 3,59 TCNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERN  
R\$ 0,07 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91

Válido somente com o selo  
0074617.SJG12201901.00484 (11:56:58)  
Consulte autenticidade em  
[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

*[Handwritten signature]*

*[Circular stamp: 15º DISTRITO - ARUÁ]*



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021567/20

**Número do Sinistro:** 3200025205

**Vítima:** GERSON DANIEL DA SILVA

**CPF:** 051.763.204-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/10/2019

**Titular do CPF:** GERSON DANIEL DA SILVA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45**

Declaração Circular SUSEP 445/12

### 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: 20/01/2020  
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA  
CPF: 012.891.554-45

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/10/2020 14:26:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101314263299000000068066844>  
Número do documento: 20101314263299000000068066844

Num. 69411606 - Pág. 28



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, 17 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200025205**      **Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GERSON DANIEL 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15383479