



Número: **0026819-10.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Igarassu**

Última distribuição : **16/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FLAVIO ERNESTINO DA SILVA (AUTOR)	JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
69268 339	08/10/2020 16:35	<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: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000024265-2

---

Nr. da Autenticação B2E180C5DD07FF26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010081635185300000067927725>  
Número do documento: 2010081635185300000067927725

Num. 69268339 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180119757**  
Vitima: **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**  
Data do Acidente: **02/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180119757**.

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** 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 12544556



---

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**

**Sinistro:** **3180119757**  
**Vítima:** **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**  
**Data do Acidente:** **02/11/2017**  
**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**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 3180119757** 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** 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**



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Carta nº: 12618113

A/C: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180119757  
**Victima:** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA  
**Data do Acidente:** 02/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003122**

Conta: **000000024265-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>675,00</b>

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos pés 50%

**Graduação:** Em grau residual 10%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (10% de 50%) 5,00%

**Valor a indenizar:** 5,00% x 13.500,00 = R\$ **675,00**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM C DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAF



Protocolo de Encaminhamento

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 da beneficiária. 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
		<i>Flávio Ernesto da Silva</i>

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Flávio Ernesto da Silva</i>	058544204-57	
Endereço	Número	Complemento
<i>Rua Paul de Lemos</i>	10	
Bairro	Estado	CEP
<i>Vila União</i>	PE	53600-000
Email	Telefone (DDD)	
<i>flavio.ernesto02@gmail.com</i>	998668833	

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"/> REUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.	NRO.	NRO.
<i>3122</i>	<i>00024265</i>	<i>3122</i>	<i>00024265</i>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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.

*Reclame 23 de fevereiro de 2018*

Local e Data

*Flávio Ernesto da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



-----  
DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO  
0042385 ATACADAO IGARASSU 18/12/2017  
CAIXA  
09:30:47 (Horário de Brasília)  
\*\*\*\*\*\$541

Saldo N. 93020001-5513  
AGÊNCIA : 3127 - ABREU E LIMA, PE  
CONTA : 013 00024265-2  
CLIENTE : FLAVIO ERNESTINO DA SILVA  
SALDO ATÉ A DATA DE: 18/12/2017  
DISPONÍVEL..... 100,85  
BLOQUEADO..... 0,00  
TOTAL..... 100,85

(Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br  
Impresso em papel termossensível com  
vida útil de 5 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: **18E0123000249**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **16:31**

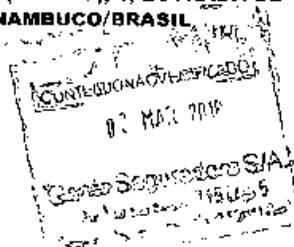
Complementa o BO Número: **18E0123000248**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **2/11/2017** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 1, ESTRADA DE MANJOPE** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
FLAVIO ERNESTINO DA SILVA ( NOTICIANTE )  
EDUARDO LACERDA BELEM ( OUTRO )  
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

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

**FLAVIO ERNESTINO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANIZE MARIA DA SILVA** Pai: **EDMILSON ERNESTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/9/1990** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7699142/SDS/PE (RG), 05854420457 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª, GRAU COMPLETO** Profissão: **ARBITRO DESPORTIVO** Telefones Celulares: **- 983908207**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 10, RUA PAU DE LEGUAS, BONFIM 03 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOICE ALVES DE SOUZA** Pai: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/2002** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 93484914**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 10, RUA PAU DE LEGUAS, BONFIM 03 - CEP: 55000-000** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDUARDO LACERDA BELEM (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

05/02/2018 17:20



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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO LACERDA BELEM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV2369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

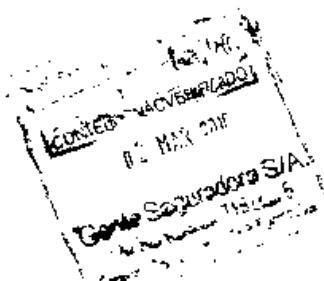
Complemento / Observação

**INFORMA O SENHOR FLÁVIO QUE JEIBSON É SEU FILHO MENOR DE 15 ( QUINZE ) ANOS DE IDADE E QUE NA HORA DO FATO SEU FILHO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA KKV-2369, QUANDO EM UMA CURVA ELE PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E VEIO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO POR UMA PESSOA QUE PASSAVA NO LOCAL, QUE O LEVOU ATÉ A UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU, PE E EM SEGUIDA FOI EM AMINHADO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR O FATO.**

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

*Flávio Ernestino da Silva*  
**FLÁVIO ERNESTINO DA SILVA**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



05/02/2018 17:20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816351853000000067927725>  
Número do documento: 20100816351853000000067927725

Num. 69268339 - Pág. 8



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAÇÃO



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: Flávio Alves de Souza Silveira | CPF da Vítima: — | Data do Acidente: 02/13/2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>Flávio Ernestino da Silva</u>	CPF do Representante legal <u>055544204-57</u>
Email <u>flujanmico02@gmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>998668833</u>

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 Líder 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.

Flávio Ernestino da Silva

Local e Data

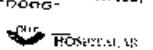
Flávio Ernestino da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI001 V001/2017

Some on 16:00 hrs



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

Identificação: 917452

**Senha da Classificação:**

P0048

Paciente: 163751 JEIBSON ALVES DE SOUZA Sexo: MASCULINO  
 Meio Social:  
 Data do Nascimento: 01/11/2012 Idade: 15 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
 Nome da Mãe: JOICE ALVES DE SOUZA Nome do Pai:  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
 Endereço: ROSIMERE MARIA - 22 Bairro: CRUZ DE REBOUCAS  
 Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53630778 Usuário Atendimento: IRANDIRAB  
 RG (Identidade): Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 91475280  
 CRN (Certidão de Registro de Nascer): Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg

ATRIBUIA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

QUESTIONÁRIO PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

NAME Elmer

• Deve ser considerado o que é que o cliente é que  
• quer. O que é que o cliente quer é o que é que  
• o cliente teme que o cliente não é que é que

**HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):**

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES:**

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:  
2 - exames / Reunião com o(a) prof. 2 =

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:** *150 mg - 3x1 - 15/2* **HORÁRIO**

② Geology of W.M. W.M.

Constituents  
Lithium etc. Chemistry

Medico / Crempe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha  
Médico / Cremepe: *Lei Sampaio*

J. Adrián B. de Me  
Drapetón & Trampolino  
S.A.S.

1. AUTOR: B. de ME  
Ortopedia e Traumatologia  
UFSCar - SP

NUJV 2017



**EVOLUÇÃO CLÍNICA (parcerias, resultado de exames, etc.)**

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)**

está abóri med. abreviada quadro de infarto + recaiu alteras  
de press.; acompanhado por familiares (suspeito).

em campo de prof. prof. PTHMP p/ bens próprios, autorizado p/  
vôo de plantão)

Até: 11/09/2020

**EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)**

**DESTINO:**

ALTA:  Melhorada  Cont. Atestado  ~~Com Presença~~  
 TRANSFERÊNCIA LOCAL: FM A SENHA: 520264  
 ÓBITO Data: 11/09/2020 AS 14:06 14 NOV 2017  ATESTADO DE ÓBITO  SVO  IML

Médico / Cremepa:

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS**

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho  
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

CATA: 1 HORA: 14:06

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS: \_\_\_\_\_



Tabelas da Análise Física da Entrada pela Lei 20.458, de 26/04/2024



PROFESSOR MILVIO  
JOAQUIM ALVES DE SOUZA

CELESTE PALESTRA, CONCESSIONADA  
RUA PAU DE LEGUA, 10

CPF 079-863-194-27 NIS 1632867784

## PAU DE LEGUAÑA Y DE REBUJAS

— 1 —

KARASU JFE  
536 GO-GMO

卷之三

2014 CONTRACT  
7006682320

14/11/2017 09/12/2017

APROVAÇÃO: MÉTODOS: ID: 02/11/2017 20145531500 8440477

TEORIA E PRACTICA (P-1)

ABERTURAS 07/11/2017 1615631506 844041

### TOTAL DE FABRA

101.41

PERÍODO	TIPO DA MOVIMENTAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	EFETIVO	CONSTANTE	AVULSO	CONSUMO (LITROS)
		DATA LÉTURA	DATA LÉTURA	DATA LÉTURA	DATA LÉTURA		

Um projeto de pesquisas de campo, intitulado Projeto 10<sup>7</sup>, é realizado para estimar a densidade populacional de rãs na região de São Paulo. Pode-se afirmar que a estimativa da densidade populacional de rãs na região de São Paulo é de 10 a 100 rãs/m<sup>2</sup>, pois a amostra gerada pelo projeto é de 100 rãs contidas em 1 m<sup>2</sup>, ou seja, 10 a 100 rãs/m<sup>2</sup>. Considerando que a amostra é aleatória, pode-se afirmar que a estimativa é de 10 rãs/m<sup>2</sup>.

ITEM	VALOR	LÍMITE	LÍMITE	LÍMITE
DE REFERÊNCIA				
1.000	4.90	10.00	21.00	
1.000	3.90	6.00	13.00	
1.000	2.90	4.00	8.00	

CONTROLE CONTRATO 7025038320 MÉDIA 11/2017 DATA 14/11/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 101,41



Sociedad de Inversión en TV



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816351853000000679277>

Número do documento: 2010081635185300000067927725

Num. 69268339 - Pág. 12

07/02/2018

2a Via de Fatura



## 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 19.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Eletrobras  
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

GEOVANIO GAIANO BORBA  
CPF: 780.656.404-78

## DATA DE VENCIMENTO

09/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

166,57

## DATA EMITIDA DA NOTA FISCAL

03/02/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

03/02/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

00429073

## CONTADO CONTRATO

007004026589

Nº DO CLIENTE

2901121529

Nº DA INSTALAÇÃO

0005229397

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIG HENRIQUE 227 -B

CENTRO/TIMBABA  
35870-400 TIMBABA PE

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

47FA.2987.5D74.6234.42EF.66E2.2428.230D

(As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, preços, 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)

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	201,09	0,05874564	134,41
Contribuição Iluminação Pública			21,14
ICMS Subvenção-CDE-NF 00030004-07/14/17			1,44
Multa por atraso-NF 000376382 - 09/12/17			3,70
Juros por atraso-NF 000376382 - 09/12/17			1,75
Ajustamento 1GPM-NF 000376382 - 09/12/17			1,43
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>166,57</b>

Comunicando o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Conta	Dt. Refer.	Valor
00429073	10/01/2018	166,57

Em caso de não pagamento de nenhuma, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sendo certo que ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito da SPC e SERASA, com efeitos legais nacionais. Este comunicado não substitui o anexo de débitos entre os termos de faturamento e débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tributos Aplicados		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036900	FEV	18
		JAN	15
		DEZ	227
		NOV	232
		OUT	151
		SET	154
		AGO	109
		JUL	730
		JUN	158
		MAI	201
		ABR	210
		MAR	268
		FEV	213

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRITIVO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META ANUAL	META TRIM.	META ANUAL
02/02/2017					
01-02-2017 00:00:00 - 01-02-2017 23:59:59	TIMBABA	8,15	12,30	34,60	
01-02-2017 00:00:00 - 01-02-2017 23:59:59		8,42	6,85	15,70	
01-02-2017 00:00:00 - 01-02-2017 23:59:59		8,63	0,00	0,00	
01-02-2017 00:00:00 - 01-02-2017 23:59:59		9,22			
01-02-2017 00:00:00 - 01-02-2017 23:59:59		49,78			

Este comunicado pode sofrer alterações a partir das indicações TEC, PRC, CMC e DCR/3 quando disponíveis.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

No dia da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
O cliente é compensado quando não violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% m.m (Lei 10.438/02) e utilização monetária no prazo. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões 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.  
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE ADMS

CONTADO CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENIMENTO	VALOR DE PAGAMENTO
007004026589	02/2018	166,57	09/02/2018	

Evite dobrar, perfurar ou rasgar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.





## 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>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 resseguros.

<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 Aylene Karla Guedes P. Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.847.614-97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flávio Geminiano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.544.204-57, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima leibson alves da Motta P. 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 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	Rua Vrg. Henrique	Número	222	Complemento	B
Bairro	Centro/Limbaúba	Cidade	Timbaúba	Estado	PE
Email	<u>ayleneamericana2@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	55870-000		
		Telefone celular (DDD)	9986638-33		

Recife, 23 de fevereiro de 2020  
Local e Data

Aylene Karla Guedes Pereira Silva  
Assinatura do Declarante





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDUARDO LACERDA BELEM

RG nº 5350354 data de expedição 03/03/95,  
Órgão SSP/PG, portador do CPF nº 02437467416, com  
domicílio na cidade de IGARASSU, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Frei Miguelinho, CRVE de Rebouças, nº 121,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima LEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA, cujo o condutor era  
LEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: XRE 300 H4-04

Ano: 2010

Placa: KKV 2369

Chassi: 9C2ND0910A009833

Data do Acidente: 02/11/2017

Local e Data: Morada Belém 02/11/2017

Eduardo Lacerda Belém Eduardo Lacerda Belém  
Assinatura do Declarante



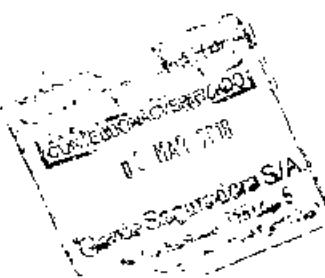
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**Cartório Alfredo Mariano - TABELIONATO DE NOTAS E FROTESTO**  
R. ALFREDO MARIANO DE BRITO - TRAJANO / ROSA NEVES, MURIBA - 11 Subsídio / LOUANIA D. DE LIMA MARQUES - 2º Subsídio  
R. ALFREDO MARIANO DE BRITO, 11 - Centro - Maceió - AL - 57010-000 - Fone: (82) 3214-0101 / Fax: (82) 3214-0102 / E-mail: [alfredo@tabelionatoal.com](mailto:alfredo@tabelionatoal.com)

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de EDUARDO LACERDA BELEM,  
Abreu e Lima/PE, 15/12/2017 14:52:27, em testemunho da verdade.  
Encargos: R\$ 3,68 TANR: R\$ 0,78 total: 4,46 RC-3-51508

J. Oliveira  
Luciana Oliveira de Lima Narendes - Substituta  
Belo Horizonte - 0159607.2XN16201702.04232

consulta autenticidade em [www.tabelionatoal.com](http://www.tabelionatoal.com)



# 100424 HORAS - IGARASSU

Protocolo da Classificação de Risco - Protocolo

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 12:56

Nome Paciente:	JEIBSON SIC
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	15
Senha:	P0048
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	



Período: 02/11/2017 12:59 - 02/11/2017 13:01

ACOLHIDO: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Unidade:

DETACADO DE BOMBEIROS

Car:

AMARELO

Sintoma Principal: AFIRMA DOR EM MID E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO SIC

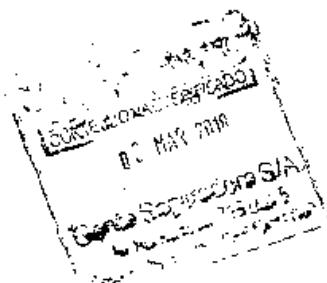
Observação: ACIDENTE DE MOTO. SIC

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Neuroimunador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Valores Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15



Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/11/2017 13:01





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431669
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431669

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA	108792		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RagaCor
898003463963247	24/08/2002	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="checkbox"/> 3 Feminino
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia		
JOICE ALVES DE SOUZA	0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
FLAVIO ERNESTINO DA SILVA	8193348491		
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	14 - Telefone de Contato		
PAULO DE LEGUAS, 10 - CRUZ DO REBOUCAS			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
IGARASSU	260680	PE	53630970

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 5H, APRESENTANDO FERIMENTO EM DORSO DO PÉ E EM JOELHO DIREITO.  
FRATURA DE 2º MTT DIR

21 - Condições que justificam a internação  
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
FRATURA EXPOSTA DO 2º MTT DIR

24 - CID 10 Principal  
S923

25 - CID 10 Secundário  
W180

26 - CID 10 Causas Associadas  
04K030013

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
REDUCAO INCRUNTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

28 - Código do Procedimento  
0408060209

29 - Especialidade  
CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento  
2

31 - Documento  
(X) CNS

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente  
SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação  
02/11/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

36 - Vinculo com a Previdência  
( ) Empregado  
( ) Empregador  
( ) Autônoma  
( ) Desempregado  
( ) Aposentado  
( ) Não Segurado

37 - ( ) Acidente de Trânsito  
38 - ( ) Acid. Trabalho Típico  
39 - ( ) Acid. Trabalho Trajetô

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Serie

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - Vinculo com a Previdência  
( ) Empregado  
( ) Empregador  
( ) Autônoma  
( ) Desempregado  
( ) Aposentado  
( ) Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

48 - Documento  
( ) CNS  
( ) CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH  
261710093972-8

*AIH  
261710093972-8  
LUCIANA MOSER  
CHAMADA  
201081635185300000067927725*

Código do Laudo: 401956





## **FICHA DE INTERNAÇÃO**

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

Cód. Atendimento: 401964

Usuário: JACKELINEEFL

## 'DADOS' DO PACIENTE

Paciente: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA Prontuário: 108792  
 Endereço: 15a 2m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 24/8/2002  
 profissão: C.P.F.: 000.000.000-00 Telefone: 53630970  
 C.G.: PAULO DE LEGUAS , 10 - CRUZ DO REBOUCAS - IGARASSU - PE  
 Endereço: PAULO DE LEGUAS  
Dados da Internação  
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 2/11/2017 19:35  
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
 Local de Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-20  
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

544-2

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
fone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

#### DADOS DA LIBERACAO DO PACIENTE

DATA DA ALTA: 03/11/13 Hora da Alta: 10:00

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

**Condições de Alta:** Seca Chuvosa Tempestade Terremoto Incêndio Enchente Desastre Outro Indefinido

Diagnóstico Principal.....: Fractura expuesta de D6/D7

الآن، يُمكنكم تجربة تطبيقاتنا على الأجهزة المحمولة.

Diagnóstico Secundário 01.: hipertensão arterial

Diagnóstico Secundário 02.: \_\_\_\_\_

Loco al nro de Docenza Assinatura e RG CONCESSIONADA  
01/05/2018  
00035141

✓ Responsável pela retirada do paciente: ASSISTENTE DE RE

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

$\cap$  de 11 de 17

## Das ist nicht die Rechte

até o final de 2012, a PGE do pacote ou nessa responsabilidade.



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 16:21



Nome Paciente: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA  
Cód. Paciente: 108792  
Data de Nascimento: 24/08/2002  
Sexo: Masculino  
Idade: 15  
Senha: 0020  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 401956   
SAME: 96442

Período: 02/11/2017 16:53 - 02/11/2017 16:54

RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE CRUZ DE REBOLSA COM SENHA: 5290262 HD:  
FERIMENTO EXTESO EM JOELHO D+ FRATURA 2º MTT D

Observação: HAS-DM-ALERGIAS-

luxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- FREQUENCIA CARDIACA: 94.00 BPM  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Review 2022  
16/11/2017

Acolhido(a) por: RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/11/2017 16:56

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816351853000000067927725>  
Número do documento: 20100816351853000000067927725

Num. 69268339 - Pág. 19



### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência  Causa Clínica  Obstétrico  Psiquiátrico  SENHA 5260 262  
Em caso de violência/acidente: Via Pública  Bemício  Local de Trabalho

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: J. S. de Souza Idade: 35  
Sexo: M  F  Profissão: Funcionário Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: Recife - PE

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Visão dupla devido a lesão óptica  
Hipótese diagnóstica: Visão dupla devido a lesão óptica

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR  Dispnéia S  N  Tíram em intercostais S  N  Obstrução Vias Aéreas: S  N   
Sibilos Expiratórios: S  N  BAN\* S  N  Deformidades do órrix: S  N  Gemitido/Estridor: S  N   
Distúrbio Fala/Choro: S  N   
Agitação Psicomotora: S  N  Lesões de face: S  N  Retração Xifóide S  N   
Perfusão Periférica: Boa  Lentificada  Bulhas Cardíacas: Normofonéticas  Hipofonética   
Pulso: Rítmico  Arrítmico  Filiforme  Fino   
Coloração da Pele: Normocorada  Palidez  Cianose   
Sudorese: S  N  Desidratado: S  N  Ictérico: S  N

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---



### EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (EGG)

#### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura Ocular 1

#### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons incompreensíveis 2  
Sem Respostas Verbal 1

#### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando  
Localiza Estímulo Doloroso  
Retirada ao Estímulo Doloroso  
Descorticação  
Descerebração  
Sem Resposta Motora

**TOTAL DE PONTOS ECG:** 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura Tabial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderada  
ECG 14-15: TCE Leve

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácica: S( ) N( ) Fraturas Pélvis: S( ) N( )

Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em osso Longo: Fachada( ) Aberta( )

### NATUREZA DA LESÃO

### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima( ) Outros( )

Loló( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetamina( ) Extase( )

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: Cefalosporina

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade

F102: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Hospital para onde foi encaminhado:  
Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hora: 14:00

Jr. Auriyan R. de Melo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 14013

02 NUV 2017

Médico Assistente

Local e data



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA REG: 108792

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
2/11/2017	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b># ADMISSÃO</b>
02/11/17	<b>HD FX EXPOSTA 2º MTT DIR</b>
	<b>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 5H, APRESENTANDO FERIMENTO EM DORSO DO PÉ E EM JOELHO DIREITO.</b>
	<b>RX: FRATURA DE 2º MTT DIR</b> <b>NV PRESERVADO, SEM SANGRAMENTO ATIVO</b>
	<b>CD: INTERNAMENTO, AO BLOCO</b>
03/11/17	<p>2805 #</p> <p>ACUSA: A HO. 11 FEST. EXPOSTA 2º MTT DIR</p> <p>1º RX DO LIGAMENTO PATELOFIBULAR</p> <p>2º Ferimento em dorso do pé</p> <p>3º Início de edema da articulação</p> <p>4º Paciente - 1º dia de internação</p> <p>Pela evolução sem complicações</p> <p>sem queixa</p> <p>GBR, hemorragia submucosa</p> <p>Rx: 20.000 ml de soro fisiológico</p> <p>Rx: 200 ml de soro fisiológico</p> <p>CD: Alta e 1º seguimento é alta</p> <p>paciente + paciente evolução estável</p>

Dra. Luciana Moraes  
CRM-17171  
Painel - Ortopedia

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Vídeo de Cirurgia: 46029  
Paciente: 108792  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 696  
Dt. Início: 02/11/2017 21:02  
Dt. Fim: 02/11/2017 22:28  
Pré-Operatório: S923  
Pós-Operatório: S923  
Sala: 0001 SALA 01  
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-20  
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO  
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO  
Atendimento: 401964  
Carteira:  
Idade: 15 Anos 9 Dias 22 Horas

Procedimento: 0408050462  
Convênio: 001  
Anestesia: 05  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

CIRURGIAO: 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

### Descrição

**Descrição Cirúrgica:**  
DIAGNOSTICO OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DO 2º MTT DIREITO+ LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPITAL E FERIMENTO EXLENTO EM JOELHO DIREITO  
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: LIMPEZA CIRÚRGICA+ FIXAÇÃO DA FRATURA DE 2º MTT COM FK + TENORRAFIA DE TENDÃO QUADRICIPITAL E SUTURA EM MID  
COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:  
CONDICÕES PRÉ - OPERATÓRIAS IMEDIATAS

OPERADOR: DR. SORMANE  
1º AUXILIAR: DRA. MARILIA  
ANESTÉSICO: RAQUIANESTESIA  
ANESTESISTA: DRA. SIMONE  
TIPO DE INTERVENÇÃO:  
ACIDENTES E MEDICAÇÃO DURANTE A INTERVENÇÃO:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO/CÓDIGO:

### RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

Marilia Lima Gomes  
Cirurgião Traumatologista  
CRM/PE 2562

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO E DESSRIDAMENTO EM PE DIREITO, ENTRE O 1º E 2º PDD
5. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA DO 2º MTT
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 8.000ML
7. REDUÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA COM FK 1,5 INTRAMEDULAR NO 2ºMTT
8. SUTURA DE FERIMENTO EM PÉ DIREITO, VISUALIZADO LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPITAL
9. ABORDAGEM DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO, VISUALIZADO LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPITAL EM JOELHO DIREITO
10. LAVAGEM EXAUSTIVA DE FERIMENTO E TENORRAFIA DO TENDÃO QUADRICIPITAL EM JOELHO DIREITO
11. DEBRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO
12. CURATIVO ESTÉRIL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 401964

Dt Atendimento: 02/11/2017 - 19:35 Dt Alta: 03/11/2017 - 13:29

Paciente: 108792 JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002 Piano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: FLAVIACAW

CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816351853000000067927725>  
Número do documento: 20100816351853000000067927725

Num. 69268339 - Pág. 25



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

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

REG: 008792  
NOME: SERTANEJO JOSÉ DE SOUZA SANTOS  
IDADE: 11 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 02/11/17 DATA DA ALTA 03/11/17  
DIAGNÓSTICO: -11 F. AT. APARENTE DE NORMA (3)  
21 F. E. INFLAMATÓRIA GENITAL (3) COM EFER-  
VACELA TROPICAL - N. QUERELLA

**TRATAMENTO REALIZADO:**

ATC → BC 1 pass 12 2000 001-0114  
ATC → 100000 + 120000 12 2000 001-0114

### ORIENTAÇÃO:

11 Monitor tele-purification  
11 WTC 2nd!  
31 Clinton - no election  
41 George W. Bush 1st term

## PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO  SIM  NÃO

6.2. [ANSWER](#)

On February 19

ASSINATURA DO MÉDICO, CABIMBO E CRM

✓ 100% *Leucania Moes*  
DHN 17771  
Carmel - 04-2023-2





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CÍVIL DAS PESSOAS NATURAIS

SERVIÇO REGISTRAL DE IGARASSU

Av. MARIO MELO - 30, CENTRO, IGARASSU/PE.  
CEP: 53.610-600 Fone (081)3543-4862  
Email: servicoregistraltdeigarassu@gmail.com

Certidão de Nascimento

NOME:

**JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**

MATRÍCULA:

077669 01 55 2002 1 00086 146 0045981 34

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

Trinta e quatro de agosto de dois mil e dois.

DIA

24

MES

08

ANO

2012

HORA DE NASCIMENTO

23h05min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

PAULISTA - PE

LOCAL DE NASCIMENTO  
HOSPITAL CENTRAL

SEXO  
Masculino

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

IGARASSU - ESTADO DE PERNAMBUCO

FILIAÇÃO

FLAVIO ERNESTINO DA SILVA e JOICE ALVES DE SOUZA

AVOS

FOMI SON ERNESTINO DA SILVA e GILVANIZÉ MARIA DA SILVA (paternos) e EVARISTO PEDRO DE SOUZA e SEVERINA ALVES DE SOUZA (paternos)

CEMÉDOS

Não

INDAIS E MATRÍCULA DOS(S) CEMÉDOS

Nada consta.

NÚMERO DA DNV  
Não informado.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENO)

Um de outubro de dois mil e dois.

DESENVOLVIMENTOS / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-86, às folhas 146b sob o nº 45981. Não constam averbações à margem do termo.

Nome do ofício

SERVIÇO REGISTRAL DE IGARASSU

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

IGARASSU, 7 de abril de 2016.

MARIA DE FATIMA RODRIGUES NEVES  
Oficiala registradora

*Maria de Fátima Rodrigues Neves*  
OFICIALA / ESCREVENTE AUTORIZADA

MISTEFFANY VANDERLEI DA HORA  
Escrevente Autorizada

Município/UF  
IGARASSU/PE

Endereço  
AV. MARIO MELO, Nº30

Serviço Registrado Igarassu

*Misteffany Vanderlei da Hora*

Escrevente Autorizada

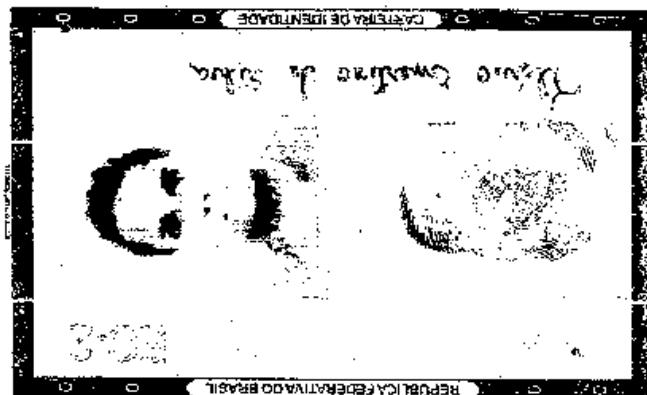
Selo nº 0927669.RZJ01201601.01206  
Consulte a Autenticidade do Selo Digital em [www.pje.jus.br/selodigital](http://pje.jus.br/selodigital)  
ATO GRATUITO

Selo nº 0927669.RZJ01201601.01206  
Consulte a Autenticidade do Selo Digital em [www.pje.jus.br/selodigital](http://pje.jus.br/selodigital)  
ATO GRATUITO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816351853000000067927725>  
Número do documento: 20100816351853000000067927725

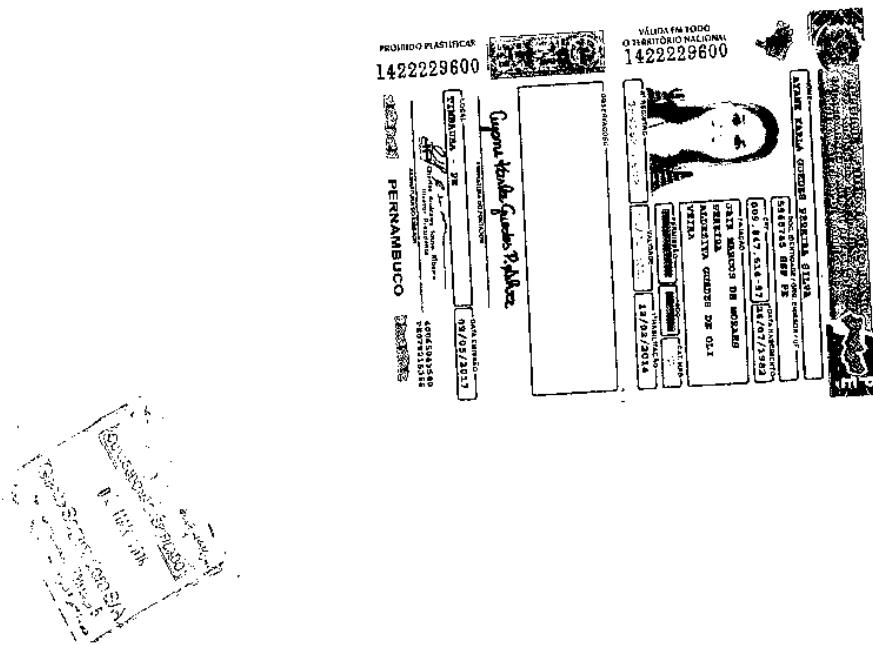
Num. 69268339 - Pág. 27



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

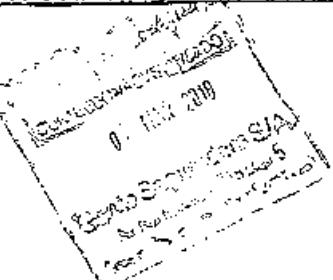
REGISTRO GERAL	7.699.142	DATA DE EM EMISSÃO	22/06/2015
Nome	<< FLAVIO ERNESTINO DA SILVA >>		
Endereço	<< EDMILSON ERNESTINO DA SILVA >>		
	<< GILVANIZE MARIA DA SILVA >>		
ESTADO/UF	PAULISTA - PE		
DATA DE NASCIMENTO	28/09/1990		
DOC. ORIGEM	<< CN 31756 L.129 F.71 CART. SÉDE		
PAULISTA - PE 05.10.1990 >>			
058.544.204-57	Ana Palma C.G. Alomarado Delegada de Polícia - Geantinho		
LEI N° 7.136 DE 29/09/83			
21503789270500056.6401579			
F-67 12.900 - RJ			





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pj.e.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010081635185300000067927725>  
Número do documento: 2010081635185300000067927725

Num. 69268339 - Pág. 29



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

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

**Número do Sinistro:** 3180119757

**Nome do(a) Examinado(a):** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Pau de Legua, 10 - Igarassu/PE - CEP 53605-030

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 004598134 - cert nasci - 07/04/2016

**Data e Local do Acidente :** 02/11/2017 - Igarassu/PE

**Data e Local do Exame :** 27/03/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

fratura exposta de 2 metatarso direito

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

Tratado cirurgicamente com fio K, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 4 meses

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

vítima com limitação na mobilidade de grau residual do pé direito, sem prejuízo de força, com consolidação viciosa de fratura, sem alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

Limitação funcional de grau residual do pé direito, com consolidação viciosa de fratura



**VII. Segundo 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 (\*).**

- |  |   |
|--|---|
|  | Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal	Região Corporal
pé direito	
% do Dano (X) 10% residual ( ) 25% leve	% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo	( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve	% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo	( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 16:35:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100816351853000000067927725>  
Número do documento: 20100816351853000000067927725

Num. 69268339 - Pág. 33

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180119757      **Cidade:** Igarassu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA      **Data do acidente:** 02/11/2017      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 22/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Trama em joelho direito.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180119757      **Cidade:** Igarassu  
**Vítima:** JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA      **Data do acidente:** 02/11/2017  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo metatarso direito.

**Descrição do exame** Bloqueio articular do segundo pododátilo direito associado a consolidação viciosa acarretando limitação funcional do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura exposta do segundo metatarso direito (fixação metálica).  
Não realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 11/2017.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/03/2018

#### Conduta mantida:

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé direito.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

### PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROCURACÃO

Outorgante: FLÁVIO ERNESTINO DA SILVA....., Brasileiro(a), estado Civil ...., profissão ....., residente e domiciliado à Rua 132....., nº 16....., bairro ....., Município de: ABREU E LIMA....., Estado: PI....., Cep.: 53.530-100....., Rg nº: 7.691.142....., órgão emissor: SPS / PI..... e CPF nº: 083.544.244-54

Outorgado(a): Ayane Karla Guedes Pereira Silva, inscrito(a) no CPF sob o nº 009.847.614-97, Carteira de Identidade nº 5.968.745, órgão emissor SDS-PE, estado civil casada, autônoma, com endereço na Rua: Vigário Henrique, 222, Centro, Timbaúba -PE.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Leibson Alves de Souza Silveira, ocorrido em 02/11/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

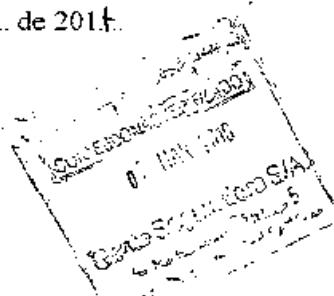
Podendo o(a)dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para opagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ABREU E LIMA OS de ALZEMAR, de 2015.



### 2.4.2. *Environnement du Québec*

## Outorgante



RECEIVED IN THE STATE LIBRARY OF PENNSYLVANIA AT 12:01 P.M. ON JUNE 20, 1922.

✓ *Chlear* ✓

A circular stamp with a double-line border. The text "Cercle Alfredo Mariano" is curved along the top and bottom edges. In the center, it says "Notas e Protesto" on the top line and "Abrs. n° Lima" on the bottom line.

