



Número: **0001452-30.2020.8.17.3030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Palmares**

Última distribuição : **17/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72057016	04/12/2020 10:57	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666020

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15182905





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666020

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERICK MOURA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000916

Conta: 0000024692-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

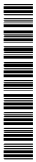
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01171/01172 - carta_30 - INVALIDEZ

00020586



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 090.007.834-16 4 - Nome completo da vítima: GISEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: GISEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR 6 - CPF: 090.007.834-16
7 - Profissão: POLICIAL MILITAR 8 - Endereço: RUA MARQUEZ DA CUNHA PEDREIRA 9 - Número: 11 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: PALMAREZ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55540-000
15 - E-mail: GISEVALDO2013@Hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9794-8833

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 24692 0

Autoriza 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)? ☐ 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 privarem 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 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

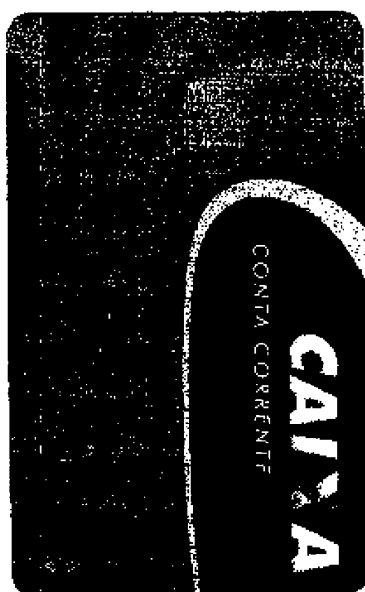
40 - Local e Data, PALMAREZ - PE 08/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





560056

0901388/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 070ª CIRCUNSCRIÇÃO - PALMARES -

DP70ªCIRC DINTER/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0160001752**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/10/2019** às **16:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/8/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PALMARES, 01, BR 101 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DERRAPAGEM (AUTOR VAGANTE)
PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE (OUTRO)
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a).
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

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

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIANE MARIA GOMES DA SILVA Pai: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA
Data de Nascimento: **07/07/1983** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PALMARES, 11, RUA MANOEL DA C. PEDROSA - COHAB I - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PALMARES/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA BIZ 110i 2010 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): GESEVALDO

24/10/2019 15:50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 090 007 834 16 4 - Nome completo da vítima: GISEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: GISEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR 6 - CPF: 090 007 834 16
7 - Profissão: POLICIAL MILITAR 8 - Endereço: RUA MARQUEZ DA CUNHA PEDREIRA 9 - Número: 11 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÃO JOSÉ 12 - Cidade: PALMAREZ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55540-000
15 - E-mail: GISEVALDO2013@Hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 9 9794-8833

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 24692 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autoriza 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)? ☐ 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 privarem 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 - 1ª | Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PALMAREZ - PE 08/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





Data do Atendimento: 18/08/2019 Hora: 11:01:50
No. Atendimento: 897819 Urgência / Emergência
Colaborador: DAYANALP
Idade: AMARELO - URGENCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CNS: 705804463696834
Sexo: Masculino
Nome: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA
Data de Nascimento: 09/06/1983 Idade: 36 Anos, 2 Meses e 9 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: ELIANE MARIA GOMES DA SILVA
Endereço: RUA MANOEL DA CUNHA PEDROSA, 11 CASA - COHAB UMW - 55543000
Cidade: PALMARES Tel.: (81)9511416 Hora do Atendimento: / Hs

Queixa Principal:

Paciente com dor forte no
tórax esquerdo e fraca
no tórax direito.

Exame Físico:

A: Geral via aerea esta pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura: °

B: Respiratório:

C: Circulatório:

+ 30 mmHg

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☐ Anisoconicas ☐

Glasgow Abertura Ocular

Glasgow Resposta Verbal

Glasgow Resposta Motora

Score:

Hora:

Score:

Hora:

Score:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

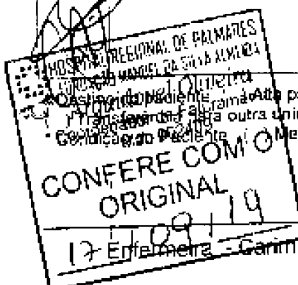
QUEIXA DE MOTO REFERE DOR EM MIE + ESCORIAÇÕES

Alergia:

Reação:

ALERGIAS DM E ALERGIAS PA=90/50 mmHg

Evolução de Enfermagem



1) falar motor
2) Anestesia
3) neurológico e físico CMTK
4) L7S6

Médico Carimbo e Assinatura

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: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

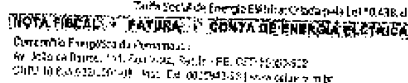
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000000024692-0

Nr. da Autenticação 92F11629295E60BD





JOYCE REAFY, 702 275-1346, 6415044

2010 6424,000 112 71,000 6,570,000 %

CI = 3.1 121 224-63 NRG 1564050153

SAN JOSE, P.R. MAR 25
 FA MAR 25 PM
 655 PM

61 97 50 10 00
96 04 12 22 22 22 22 22

[illegible]

7012092150 10/2019
DATA DE VALIDARE
30/10/2019 08/11/2019
TOTAL A RIGURII 175.61

DESCRIÇÃO DA NOVA FISCAL

[illegible]

TUGAL CAGAYAN

PROHIBITION OF CHILDREN'S ACCESS TO CIGARETTES

INDICADOR	PROG. PLANIFICADO	ANEXO	ACTUAL	INDIC. CONSTANTES	ANEXO	CONSUMO PPM
DATA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	
11/11/2000	22	1000000000				

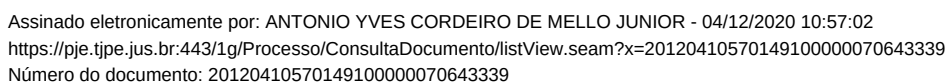
[illegible]

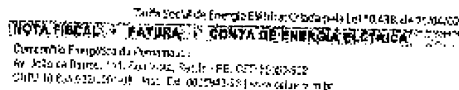
SECRET

[illegible][illegible][illegible]

CONTA/CONTRATO	VERBAIS	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7112091154	10/2018	15/10/2019	175,61

83850000001-6 75610011007-0 01209215010-5 14233174823-3





JOYCE REAFER, 702 275-1346, 6415 84th

ENDERGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

2310 6424.000 112 71 0000 0.570000 0.00

CI = 3.1 121 224-63 NRG 1564050153

SAN JOSE DE LA MAR, S
LA MAR, S
SAN JOSE DE LA MAR, S

CLASSIFICATION

[illegible]

07895-043	1616A	00102313
07895-043	1616A	00102313

7012092150 10/2019
DATA DE VERIFICARE 08/11/2019
TOTAL A INCHIRII 175.61

DESCRIZIONE DELLA FISCALITÀ

[illegible]

TUGAL CAGAYAN

[illegible][illegible]

“... 同时为自我提升而学习”

PAISE DE ORIGINE	%	VALOR EN DOLAR	VALOR EN DOLAR
FRANCIA	25.00	100.00	100.00
ESPANA	15.00	60.00	60.00
ITALIA	10.00	40.00	40.00
GERMANYA	5.00	20.00	20.00
REINO UNIDO	5.00	20.00	20.00
OTROS	40.00	160.00	160.00
TOTAL	100.00	400.00	400.00

타이완의 정치·경제·문화·언어·종교·사회·교육·언론·스포츠·예술·과학·기술·환경·자연·관광·여행·교통·의료·법률·노동·노동법·노동조합·노동운동·노동쟁의·노동쟁의조정·노동쟁의위원회·노동쟁의조정위원회·노동쟁의조정위원회

1. **Nome e Cognome:** _____
 2. **Indirizzo:** _____
 3. **Città:** _____
 4. **Prov.:** _____
 5. **Cap.:** _____
 6. **Telefono:** _____
 7. **Professione:** _____
 8. **Stato Civile:** _____
 9. **Religione:** _____
 10. **Partito:** _____
 11. **Altre informazioni:** _____
 12. **Altre informazioni:** _____
 13. **Altre informazioni:** _____
 14. **Altre informazioni:** _____
 15. **Altre informazioni:** _____
 16. **Altre informazioni:** _____
 17. **Altre informazioni:** _____
 18. **Altre informazioni:** _____
 19. **Altre informazioni:** _____
 20. **Altre informazioni:** _____
 21. **Altre informazioni:** _____
 22. **Altre informazioni:** _____
 23. **Altre informazioni:** _____
 24. **Altre informazioni:** _____
 25. **Altre informazioni:** _____
 26. **Altre informazioni:** _____
 27. **Altre informazioni:** _____
 28. **Altre informazioni:** _____
 29. **Altre informazioni:** _____
 30. **Altre informazioni:** _____
 31. **Altre informazioni:** _____
 32. **Altre informazioni:** _____
 33. **Altre informazioni:** _____
 34. **Altre informazioni:** _____
 35. **Altre informazioni:** _____
 36. **Altre informazioni:** _____
 37. **Altre informazioni:** _____
 38. **Altre informazioni:** _____
 39. **Altre informazioni:** _____
 40. **Altre informazioni:** _____
 41. **Altre informazioni:** _____
 42. **Altre informazioni:** _____
 43. **Altre informazioni:** _____
 44. **Altre informazioni:** _____
 45. **Altre informazioni:** _____
 46. **Altre informazioni:** _____
 47. **Altre informazioni:** _____
 48. **Altre informazioni:** _____
 49. **Altre informazioni:** _____
 50. **Altre informazioni:** _____
 51. **Altre informazioni:** _____
 52. **Altre informazioni:** _____
 53. **Altre informazioni:** _____
 54. **Altre informazioni:** _____
 55. **Altre informazioni:** _____
 56. **Altre informazioni:** _____
 57. **Altre informazioni:** _____
 58. **Altre informazioni:** _____
 59. **Altre informazioni:** _____
 60. **Altre informazioni:** _____
 61. **Altre informazioni:** _____
 62. **Altre informazioni:** _____
 63. **Altre informazioni:** _____
 64. **Altre informazioni:** _____
 65. **Altre informazioni:** _____
 66. **Altre informazioni:** _____
 67. **Altre informazioni:** _____
 68. **Altre informazioni:** _____
 69. **Altre informazioni:** _____
 70. **Altre informazioni:** _____
 71. **Altre informazioni:** _____
 72. **Altre informazioni:** _____
 73. **Altre informazioni:** _____
 74. **Altre informazioni:** _____
 75. **Altre informazioni:** _____
 76. **Altre informazioni:** _____
 77. **Altre informazioni:** _____
 78. **Altre informazioni:** _____
 79. **Altre informazioni:** _____
 80. **Altre informazioni:** _____
 81. **Altre informazioni:** _____
 82. **Altre informazioni:** _____
 83. **Altre informazioni:** _____
 84. **Altre informazioni:** _____
 85. **Altre informazioni:** _____
 86. **Altre informazioni:** _____
 87. **Altre informazioni:** _____
 88. **Altre informazioni:** _____
 89. **Altre informazioni:** _____
 90. **Altre informazioni:** _____
 91. **Altre informazioni:** _____
 92. **Altre informazioni:** _____
 93. **Altre informazioni:** _____
 94. **Altre informazioni:** _____
 95. **Altre informazioni:** _____
 96. **Altre informazioni:** _____
 97. **Altre informazioni:** _____
 98. **Altre informazioni:** _____
 99. **Altre informazioni:** _____
 100. **Altre informazioni:** _____

The following table shows the number of persons in the population of the United States in 1990, by age group and sex.

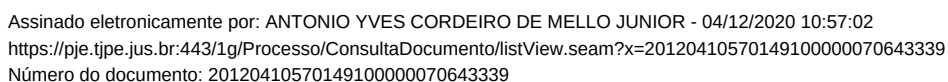
ЫШЫК-ТЭЖЭННИК ТЭЖЭЛ ШУЛГУУЛАХ

[illegible]Lentz, D.C. 1994. <http://www.usdoj.gov/ncj/vls/vls.htm>. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Statistical Center for the United States and Territories.

CONTRA CONTRATO	VARIANTI	DATA DI VENCIMENTO	TOTALE A SALDO G
-----------------	----------	--------------------	------------------

175.61

83850000001-6 75610011007-0 01209215010-5 14233174823-3





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ERICK MOURA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.739.214 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GESEVALDO LANDRO DA SILVA JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o nº 040.007.834 / 16

do sinistro de DPVAT cobertura LIMAR LÍDER da Vítima GESEVALDO LANDRO DA SILVA JUNIOR

inscrito (a) no CPF sob o nº 040.007.834 / 16, 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: PRACA IDALINO FERREIRA LINS E SILVA Número: 06 Complemento: _____
Bairro: SÃO SEBASTIÃO Cidade: PALMAREJA Estado: PE CEP: 55440-000
E-mail: ERICKMOURA2013@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (81) 9794-8833

Local e Data: PALMAREJA - PE 11/11/2019

ERICK MOURA DOS SANTOS
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

Eu, PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE
RG nº 5.730.656, data de expedição 29/08/1996
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 037.937.364-58
com domicílio na cidade de PALMARES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Viscondi Negro nº 126
complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR, cujo o condutor era
GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JÚNIOR
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: BIZ 110I Ano: 2016
Placa: PDV 0331 Chassi: 9C287000GR014305
Data do Acidente: 18/08/2019



Local e Data: _____

Paulo Alceu Ferreira Cavalcante

Assinatura do Declarante

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

DECLARAÇÃO DE FIDELIDADE E EXCLUSÃO DE INTERESSES

Titular: RAFAEL BARBOSA DADALTO

Telefone: (81) 3661-0881

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE

(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa do Sr. PAULO ALCEU

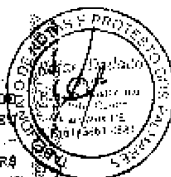
FERREIRA CAVALCANTE - Palmares-PE - 08/08/2019

Aloiane Oliveira da Silva - Substituta Legal - Emol. R\$

3,59 TSNR R\$ 0,80 PERC R\$ 0,04 Total R\$ 4,39

Selo: 0077560.XVH08201902.00998 05/09/2019 14:56:12

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

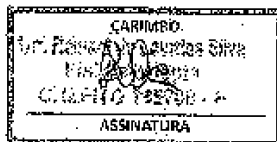
RECEITUÁRIO

Fisioterapia

Declaro para os devidos fins, que o paciente Geselbaldo Leandro da Silva Junior, realiza tratamento Fisioterapêutico, nesta instituição CAF - Reabilitação, 2x (vezes) por semana para tratar fratura do terço proximal de fíbula e maléolo lateral E, desde 01 de outubro de 2019, até a presente data.

CID: S82.6

Palmares, 05/11/2019



Rua Dom Expedito Lopes, nº 211 - São José - Palmares-PE
CEP: 55540-000 - CNPJ: 00.562.279/0001-05





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MEDICO HOSPITALAR

REQUISIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente Gersonaldo Leonardo da Silva		02 - Nº Prontuário 113523
03 - Nome do Titular		04 - Nº Prontuário 113523
05 - Posto/Grad. Análise	06 - OME	07 - Setor Amb. Requisitante
Lesão mediana DIVA.		
Paciente sofreu fratura do		
tórax esquerdo foi operado		
para fixar as costelas com		
fios e parafusos e T16-T5 fratura		
em os dois níveis de problema		
e retornar a trabalho 04/11/19		
C/O 582.6		
06/11/19		
Assinatura e carimbo do médico		
08 - Data		
09 - Assinatura e carimbo do médico		
CMH: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140		
Fone: 3181-1445/3181-1628		





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUIA DE ALTA HOSPITALAR

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome	Gervasio Leonardo S. F. M.		
Responsável	SAME		
Posto/Graduação	Unidade	SUB/Unidade	
Qualificação de Alta	NO LADO LARGO E		
Data de Internação	20/08/2017		
Data da Alta	21/08/2017		
Precisa de Acompanhante	SIM	NAO	X
Precisa de Ambulância	SIM	NAO	X
Condição de Alta	Apto	Transferido	LTS
Obito	Arestado	Obito	SIM
Destino do Corpo			
NÃO PRECISA DE DESTINO			
Cópia: RM 15.810.030			
P. 036.277.201			

MÉDICO-CRIMEPE

Examinado por Aplicado de Dr. Dina em 05/09/2017



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

INFORMAÇÕES GERAIS			
Atendimento: 1545450	Data/Hora: 29/08/2019 06:38:57	SENHA: 11	Destino: CENTRO CIRURGICO
Especialidade:	Prestador:		
INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE			
SAME: 113523-00	Nome: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR		
Dt. de nasc.: 09/06/1983	Idade: 36 anos, 2 meses	Sexo: M	Estado civil: SOLTEIRO
Nome da mãe: ELIANE MARIA GOMES DA SILVA		Telefone: 81985628318	
Endereço:			
SITUAÇÃO DO BENEFICIÁRIO			
REGULAR			
INFORMAÇÕES SOBRE O TITULAR			
Nome: (O MESMO)		Posto/Grad: SOLDADO DE PRIMEIRA CLASSE	
HISTÓRICO DA DOENÇA			
ANTECEDENTES - INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO			
HAS DUI ALERGIAS			
Tce. cl. de FRATURA DE FÍBULA GOM. DE ARGÊLO.			
PA: 130x80mmHg FC 94 bpm S.Vol.			
EXAME FÍSICO			
EXAMES SOLICITADOS			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			

Fragosa do Carmo, S/N - Dourado - Recife - PE



NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE: Araceli de Almeida da Silva Jr DATA: 07/06/1983
NOME: 113523 GRAU: UNIDADE: IDADE: 36
RESPONSÁVEL: O nome
SALA: GRAD: Soldado UNIDAM:
DATA: 29/08/19 EMERGENCIAL: X SALA: C-5
CIRURGIÃO: Tte Cir. de Ftoz. Filad. e Tibau INÍCIO: 08:45 TÉRMINO: 10:00
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL: X PERIÓDICA: X GERAL: X INÍCIO: 08:30 PRÉ-H
TOS M.: ENDOTENÁCIO: X PNEUMONIA: X BAISSA: MIS TÉRMINO: 10:00

CIRURGIÃO: Dra. Angela Costa NEONATOLOGISTA:
1. ACUIDAR: ENFERMEIRO: Andre
2. ACUIDAR: CIRURJANTE: Carla
INSTRUMENTADOR: Cristiano

ANESTESISTA: Dra. Celso
TAXA DE EQUIPAMENTOS: HORA INÍCIO: HORA TÉRMINO: MATERIAL ESPECIAL (OPME): QUANTO:

APRESENTAÇÃO: 08:30 / 10:00 Araceli S.O. 02
ASPIRAÇÃO DE TRÁQUEA: Botões para
VERIFICAÇÃO DE MANEIRA: Fechamento de
PUNTO DE CATHETER E CATETERISMO: Sindetomina
PUNTO DE CATHETER E CATETERISMO:
PUNTO DE CATHETER E CATETERISMO:
BOMBA E INFUSÃO CANALIZADA:
POSICIONAMENTO:
PRIMEIRO SOFRO:
ROTAS INTRAVENOSAS:
VIA:
DESCRIO:
LOCALIZAÇÃO TUBO:
ENDOSCÓPIO:
CONTROLE DO TUBO:
CATETER INTRATRAQUEAL:
INFUSÃO DE OXIGÊNIO:
OUTROS:
CONTINÊNCIA URINÁRIA/MEDICAL:
CANAL:
MEDICAMENTOS:
VALORES DE LABORATORIAIS:
EXAME:
RESULTE DOS EXAMES DE LABORATÓRIO:
OUTROS:
VALORES DAS ANÁLISES:
OUTROS:

GASES MEDICINAIS:
SP CO2: 08:30 / 10:00
NITROGÊNIO:
OXIGÊNIO:
PRESSÃO PARcial:
CO2: 08:30 / 10:00
OUTROS:

FOLHA DE ENFERMAGEM
08:30 / 10:00 Paciente admitida
no C.C. Correntek
08:30 / 10:00 com cateterismo, para o
manuseio do q.
como o paciente
com Dta. Angela
Costa. Procedimento
sem intercorrências

Angelo Cortes - CRM 11929
Ortopedia/Traumatologia

Angelo Cortes - CRM 11929
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Tornozelo e P.





AUT. MS - 1704772
CNPJ 07.710.244/0001-10
R. São Paulo, 110 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP
CEP 05400-000
Fone: (11) 5061-1000 - Fax: (11) 5061-1001
E-mail: atendimento@gmreis.com.br

Afixe nos Prontuários / Attach to the Records

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME
IMPLANTE PARA LIGAMENTO
LIGAMENT IMPLANT

NOME COMERCIAL / COMMERCIAL NAME
EXPERT - FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT - JOINT FIXATION DEVICE

Modelo / Model: EXPERT KNOTLESS-FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT KNOTLESS JOINT FIXATION DEVICE KNOTLESS
Código / Code: 312-2000
Lote / Batch: 1638-068

REGISTRO ANVISA Nº: 10247700118
Reg. Téc. Implantes: 15706610066
Validade: 17/10/2021

Produto/Dimensão: ANCORTEC COM 02
FIOS E AGULHA Ø 5.0 MM UHMWPE

Cod. do Produto: 101-00850
Registre ANVISA Nº: 15706610066
Validade: 17/10/2021



ENGIMPLANTING DE IMPL. MD. COM 1124
CNPJ 07.710.244/0001-10 - Ind. Brasileira
Rua Paulo de Carvalho, 110 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP
CEP 05400-000



AUT. MS - 1704772
CNPJ 07.710.244/0001-10
R. São Paulo, 110 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP
CEP 05400-000
Fone: (11) 5061-1000 - Fax: (11) 5061-1001
E-mail: atendimento@gmreis.com.br

Afixe nos Prontuários / Attach to the Records

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME
IMPLANTE PARA LIGAMENTO
LIGAMENT IMPLANT

NOME COMERCIAL / COMMERCIAL NAME
EXPERT - FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT - JOINT FIXATION DEVICE

Modelo / Model: EXPERT KNOTLESS-FIXADOR DE ARTICULAÇÃO
EXPERT KNOTLESS JOINT FIXATION DEVICE KNOTLESS
Código / Code: 312-2000
Lote / Batch: 1638-068

REGISTRO ANVISA Nº: 10247700118
Reg. Téc. Implantes: 15706610066
Validade: 17/10/2021

Produto/Dimensão: ANCORTEC COM 02
FIOS E AGULHA Ø 5.0 MM UHMWPE

Código: 101-00850
Registre ANVISA Nº: 15706610066
Validade: 17/10/2021



ENGIMPLANTING DE IMPL. MD. COM 1124
CNPJ 07.710.244/0001-10 - Ind. Brasileira
Rua Paulo de Carvalho, 110 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP
CEP 05400-000

SECRETARIA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAÚDE
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATORIO

Nome do Paciente		SAME		
Diagnóstico Pré-Operatório		13500		
Intervenção indicada: 1 - Laparoscopia de simples manobra				
Riscos estimados da intervenção, indicado pelo médico antes de operar	Eletriz	Emergência	Positiva	No caso do risco estimado ser requerido, devem ser dadas as ações na História Clínica.
	1 - Bom	4 - Bom	7 - Bom	
	2 - Regular	5 - Regular	8 - Regular	
	3 - Mau	6 - Mau	9 - Mau	
Cirurgião Dr.		Anestesista Dr.		
Auxiliares Drs.				
Documentadores		Circulante		
Data da Intervenção		Hora início	Fim	
Intervenção Feita				
Anestesia Praticada				
Diagnóstico Pós-Operatório				
Descrição Detalhada da Intervenção (Técnica Operatória, Incisão, Achados, Órgãos Examinados, Órgãos Extirpados, Ligadura, Sutures, Drenos, etc.)				
1 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
2 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
3 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
4 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
5 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
6 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
7 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
8 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
9 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
10 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
11 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
12 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
13 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
14 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
15 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
16 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
17 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
18 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
19 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
20 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
21 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
22 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
23 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
24 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
25 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
26 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
27 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
28 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
29 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
30 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
31 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
32 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
33 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
34 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
35 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
36 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
37 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
38 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
39 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
40 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
41 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
42 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
43 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
44 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
45 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
46 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
47 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
48 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
49 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
50 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
51 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
52 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
53 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
54 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
55 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
56 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
57 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
58 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
59 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
60 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
61 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
62 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
63 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
64 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
65 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
66 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
67 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
68 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
69 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
70 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
71 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
72 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
73 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
74 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
75 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
76 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
77 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
78 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
79 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
80 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
81 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
82 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
83 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
84 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
85 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
86 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
87 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
88 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
89 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
90 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
91 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
92 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
93 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
94 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
95 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
96 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
97 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
98 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
99 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				
100 - Foi realizada a laparoscopia de simples manobra.				

Angelo Cortes - CRM 11929
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião de Tornozelo e P.E.

COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS



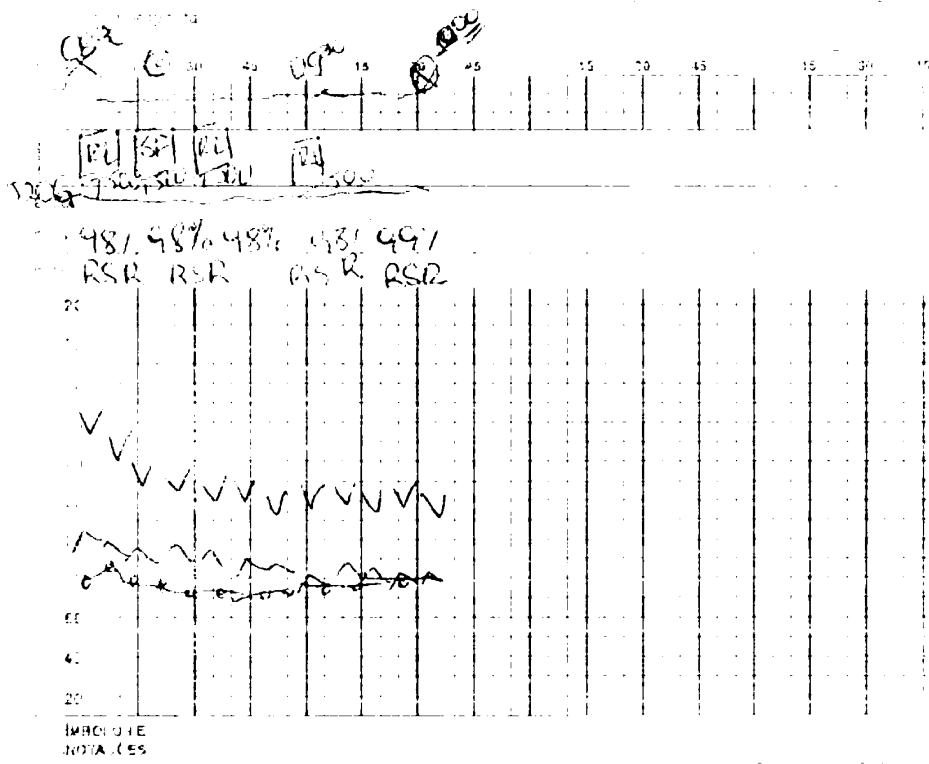


SECRETARIA DE DEFESA NACIONAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
SERVIÇO MÉDICO HOSPITALAR / BLOCO CIRÚRGICO

SAÚDE 11/08/2020

Coronel João Carlos da Silva
19/08/2020
Posto: 100

Indicador: 100
Sinal: 100
Posto: 100



Exatidão
Não
Não
Não

AGENTES	DOSE	
Nice 150 mg	15 mg	Regulamentação / situação
meperidina	100 mg	
ácido acetilsalicílico	100 mg	100 mg
midazolam	10 mg	
clonazepam	100 mg	
diazepam	10 mg	
ondansetrona	14 mg	
ceftriaxona	1 g IV	
clonazepam	0,2 g IV	
clonazepam	1 g IV	
clonazepam	1 g IV	

OBSERVAÇÕES:
sem intercorrências

GRUPO A
QUALIFICAÇÃO
NÍVEL 1
Recuperação funcional de membros D e da
função da fíbula





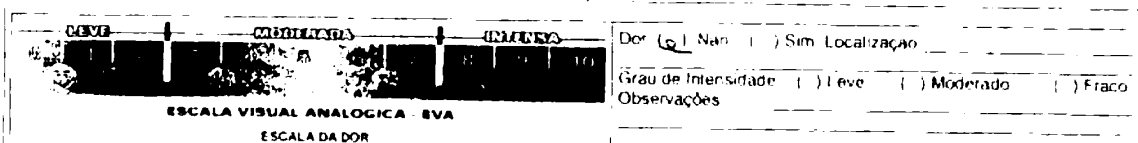
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR - CMH
COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA CIRÚRGICA
SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 352/2009

PLANTÃO: DIURNO ☒ NOTURNO ☐ DATA DA ADMISSÃO 20/04/2020 Hora: 12:00h
NOME Carla de Jesus SAME: 30750270
IDADE 35 SEXO ☒ M ☐ F ENFERMARIA 3075 LEITO 3075
PROCEDÊNCIA ☐ Emergência ☒ Setor de origem 3075 ☐ Outro serviço
ESTADO CIVIL casada ESCOLARIDADE Ensino Médio PROFISSÃO Costureira
RELIGIÃO Cristianismo
MODO DE CHEGADA ☐ Urambuido ☐ Cadeira de rodas ☒ Maca
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
CIRURGIA PROPOSTA Retificação de septo DATA 20/04/2020 HORA DA CIRURGIA 13:00h
ALERGIA ☒ NÃO ☐ SIM ☐ Medicamentos ☐ Soluções ☐ Látex ☐ Alimentos QUAL (IS)?
MEDICAÇÃO EM USO ☒
ANTECEDENTES PESSOAIS ☐ Cardiopatia ☐ DM ☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Neoplasia ☐ Alteração Psiquiátrica ☐ Asma
☐ Tabagismo ☐ Epilepsia ☐ Uso de droga (último uso dias) ☐ Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Hemodiálise vezes/semana
☐ Outros
ANTECEDENTES CIRÚRGICOS ☒
Há quanto tempo?
EXAME FÍSICO
ESTADO GERAL ☒ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave
EMOCIONAL ☒ Comunicativo ☐ Pouco comunicativo ☒ Calmo ☐ Deprimido ☐ Tenso ☐ Ansioso
SISTEMA NEUROLÓGICO: PUPILAS: ☒ Mioticas ☐ Mioticas ☒ Mesoticas ☐ Anisocóricas ☐ Refleixos
☒ Resposta a estímulos ☐ Não responde a estímulos ☐ Dormindo ☐ Parado ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Torporoso
☐ Comatoso
Atitudes: ☒ Colaborativo ☐ Não colaborativo ☐ Agitado ☐ Chorooso ☒ Calmo ☐ Ansioso
CABEÇA E FACE ☐ Lesão ☐ Deformidades ☐ Sabor alterado ☐ Presença de parasitas ☐ Edema ☐ Hematoma
☐ Hemorragia ☐ Processo inflamatório/infeccioso ☐ Outros
 Presença de cicatrizes
PELE E MUCOSAS: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☒ Eritemata ☐ Descamada ☒ Anictérica ☐ Ictérica ☒ Anúria
 Anasarca ☐ Mosquiteira ☒ Inteira ☐ Lesionada Local
☐ Descamativa ☐ Rash cutâneo ☐ Petéquias ☐ Hematomas ☐ Vesículas ☐ Flictenas ☐ Queimadura grau
Turgor ☒ Normal ☐ Diminuído ☐ Lesão por pressão (categoria) ☐ Outros
SISTEMA CARDIOVASCULAR: PULSO ☒ Cheio ☐ Filiforme ☒ Rítmico ☐ Arritmico ☐ Taquístigmia ☐ Bradístigmia
☒ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso ☒ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico
 Frequência Auscultos ☐ Presença de xfr
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Subfebril ☐ Hipotermia ☐ Febre ☐ Hiperpirexia
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ RAN ☐ Irregular ☐ Roncos
☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Crepantes ☐ Frêmitos ☐ Tosse seca ☐ Tosse produtiva ☐ Expectoração espontânea
Forma de ventilação espontânea/ar ambiente ☐ oxigenoterapia ☐ cateter nasal litra ☐ CPAP mmHg
☐ Ventilação % ☐ FIO2 % ☐ Outro
SISTEMA GASTROINTESTINAL: CAVIDADE ORAL: Lesão ☐ Sim ☒ Não Qual?
Língua ☐ Saudável ☐ Lesão ☐ Outros Língua ☐ Língua ☐ Língua ☐ Outros qual/des
NUTRIÇÃO oral ☐ SSB ☐ LCT ☐ SNG Resíduo gástrico ml ☐ Cloro ☐ Bilioso ☐ Amarelado ☐ Sanguinolento
☐ Dor de dente ☐ Volume ml



ABDOMEN: () Pleno (☒) Semi-globoso () Globoso (☒) Flácido () Ascítico () Distendido () Tenso (☒) Indolor
 () Doloroso Local () Timpânico () RHA presentes () RHA ausentes Visceromegalias () Ausente () Presente
ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: (☒) Normal () Constipação _____ dias () Diarreia _____ vezes
 Cor _____ Odor () Fétido () Característico () Fátos () Outros _____
SISTEMA GENITURINÁRIO: Orose (☒) Presente () Ausente (☒) Espontânea () Fria () SVD () Cistostomia
 Data de instalação _____
 Volume _____ ml () Disúria () Polaciúria () Ponúria **Aspecto:** () Amarelado citrino () Concentrada () Depósito
 () Depósito () Hematúria () Outros _____
SISTEMA OSTEO-ARTICULAR: () Luxações () Fratura () Outros _____
 Local _____
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: Mobilidade (☒) Ativa () Passiva **Movimentos Conservados:** () Não (☒) Sim
 Força Motora: () Não (☒) Sim (☒) MMSS (☒) MMII Observações _____

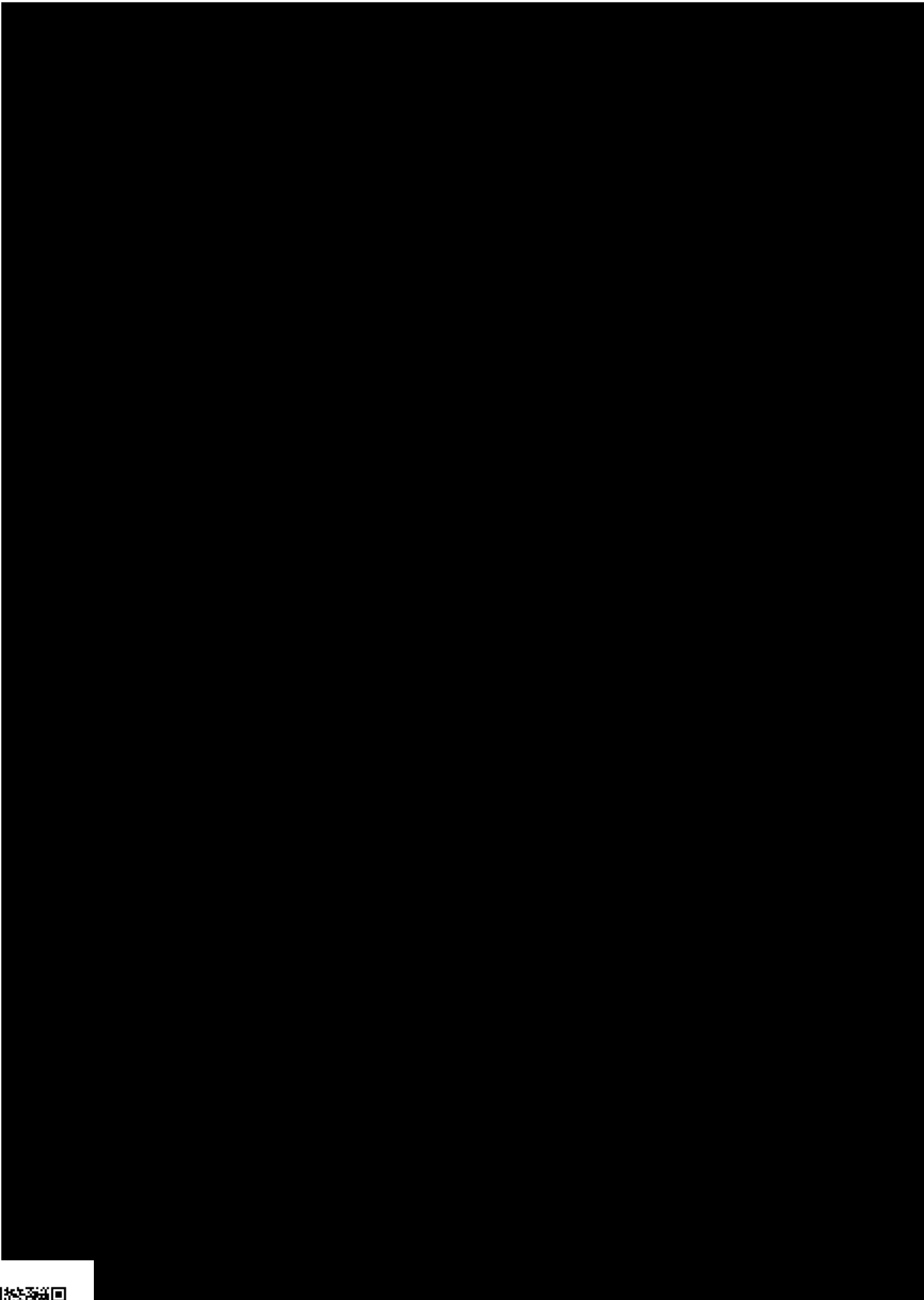


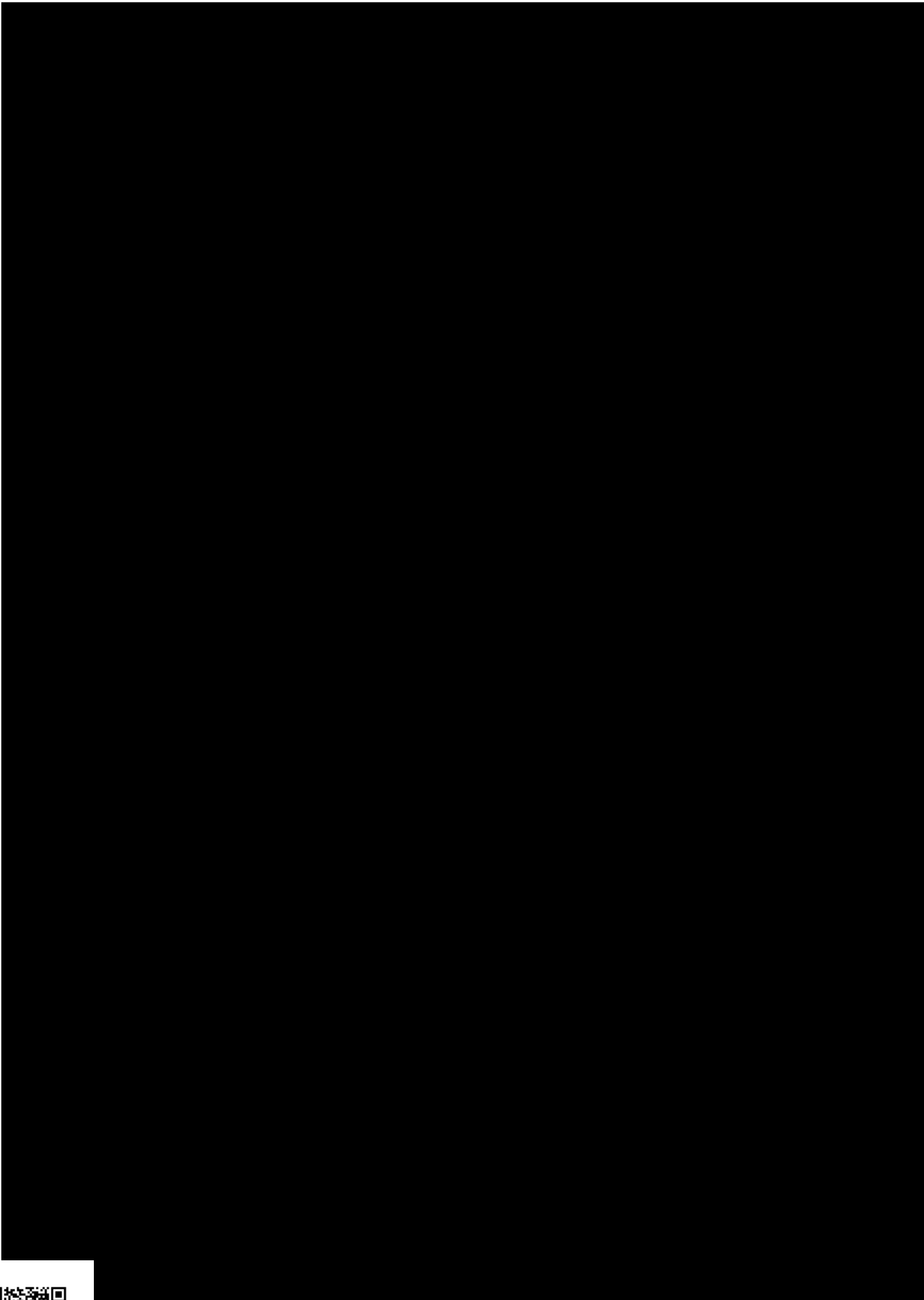
PARÂMETROS CLÍNICOS
PESO: 57 kg **ALTURA:** 1,30 cm
Horário: _____ h **Temperatura:** _____ °C **Respiração:** _____ rpm **Pulso:** _____ bpm
Tensão Arterial: _____ X _____ mmHg **Frequência Cardíaca:** _____ bpm **HGT:** _____ mg/dL
Dieta zero: _____ **FERIDA OPERATÓRIA:** (☒) Limpa (☒) Curativo Oclusivo **RESERVA DE HEMOCOMPONENTES:**
 A partir _____ hs data _____ / _____ / _____ () Secretiva () Sim **Material Solicitado:** _____
UBS: _____ **Aspecto:** _____ **Quantidade/volume:** _____
ACESSO VENOSO: () Periférico () Central **DRENOS:** () Sim (☒) Não **RESERVA DE LEITO EM UTI:**
 Local _____ **Tipo:** _____ **Aspecto da drenagem:** _____ (☒) Não () Sim
Data da punção: _____ **CLASSIFICAÇÃO SANGÜÍNEA:** _____ **ENCAMINHADO:** () PRONTUÁRIO
USO DE ANTIBIÓTICOS: () Não (☒) Sim **INÍCIO:** 25/03/2020 **Qual(is)?** _____ **FATOR Rh:** _____
 () EXAMES LABORATORIAIS () RX
 () ECG () TC () ECG () TC
 () RM () OUTROS: _____

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 1 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO
 (☒) Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)
 (☒) Procedimento cirúrgico confirmado
 (☒) Jejum confirmado
 Tricotomia: () Sim (☒) Não, realizará no bloco cirúrgico.
 Lesão cutânea: (☒) Não () Sim Qual? _____
 Higiene corporal com antisséptico: (☒) Sim () Não
 Cabelos enxutos: (☒) Sim () Não
 Esvaziamento vesical: (☒) Sim () Não
 Esvaziamento intestinal: (☒) Sim () Não
 Uso de gorro, propes e roupa cirúrgica: (☒) Sim () Não
 Alergia: () Sim (☒) Não
 Retirada de adornos e piercing: () Sim (☒) Não se aplica
 Retirada de próteses, lentes, óculos: (☒) Sim () Não se aplica
 Retirada de roupas íntimas: (☒) Sim () Não se aplica
 Retirada de esmalte: () Sim (☒) Não () Não se aplica
 Exames Realizados: () Imagem (☒) Laboratoriais
 Parecer Cardiológico: (☒) Sim () Não
 () Termo de Consentimento e Esclarecido e Assinado
 () Consentimento anestésico
 () Prontuário e exames conferidos e completo (☒)
 () Consentimento Cirúrgico Sítio: Lateralidade
 Respiração espontânea: (☒) Sim () Não
 Hipertensão: () Sim (☒) Não
 Febre nas últimas 24hs: () Sim (☒) Não

VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE - ETAPA 2 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE AO CENTRO
 () Paciente confirmado (☒) Sim () Não
 Prontuário/exames conferido e completo (☒) Sim () Não
 Paciente mantido em mala com grades elevadas (☒) Sim () Não
 Observações _____

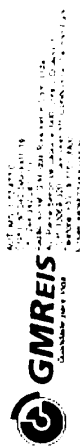
DATA: 25/03/2020 **HORA:** 10:57h **ENFERMEIRO(CO):** _____
 Solange E. F. de Souza
 CURTUMEIRO





Solange Fontenell
Juiz de Direito
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo





Alixe nos Prontuários / Attach to the Records

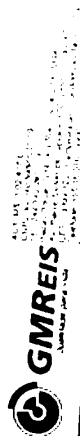
NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME
IMPLANTE PARA LIGAMENTO
LIGAMENT IMPLANT

NOME COMERCIAL / COMMERCIAL NAME
EXPERT - FIXADOR DE ARTICULACAO
EXPERT - JOINT FIXATION DEVICE

Modelo / Model: EXPERT KNOTLESS FIXADOR DE ARTICULACAO
EXPERT KNOTLESS - JOINT FIXATION DEVICE KNOTLESS

Código / Code: 312-2000
Lot / Lot: 18-0311-638-089

REGISTRO / REG: 10247700118
Data de Registro / Registration Date: 04/02/2016



Alixe nos Prontuários / Attach to the Records

NOME TÉCNICO / TECHNICAL NAME
IMPLANTE PARA LIGAMENTO
LIGAMENT IMPLANT

NOME COMERCIAL / COMMERCIAL NAME
EXPERT - FIXADOR DE ARTICULACAO
EXPERT - JOINT FIXATION DEVICE

Modelo / Model: EXPERT KNOTLESS FIXADOR DE ARTICULACAO
EXPERT KNOTLESS - JOINT FIXATION DEVICE KNOTLESS

Código / Code: 312-2000
Lot / Lot: 18-0311-638-089

REGISTRO / REG: 10247700118
Data de Registro / Registration Date: 04/02/2016

Angelo Cortes - CRM 11924
Ortopedista / Traumatologista
Clínica do Tornozelo e Pés

Produto/Dimensão: ANCORTIC DGM 02
FIOST 40X114 0 5 0 MM UHMWPE

Código / Code: 10247700118
Data de Registro / Registration Date: 04/02/2016



Produto/Dimensão: ANCORTIC DGM 02
FIOST 40X114 0 5 0 MM UHMWPE

Código / Code: 10247700118
Data de Registro / Registration Date: 04/02/2016



Modelo / Model: ANCORTIC DGM 02
FIOST 40X114 0 5 0 MM UHMWPE

SECRETARIA DE DESESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
NOME DO PACIENTE: _____
PLANTÃO: () DIURNO () NOTURNO

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR: _____
LEITO: _____

SAÍDA: _____

Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave

Nível de Consciência:
() Orientado () Desorientado () Comatoso () Acusado
() Sedado () Sonolento () Torporoso

Emocional: () Calmo () Agitado () Comunicativo () Depresso
() Tenso () Ansioso

Respiração: () Espontânea () Dependente () Intubado
() Bifurcado () Espontâneo e eficiente
() Cateter do O2 () Outro

Pele e mucosas: () Normocrômica () Hipocrômica () Hiperpigmentada
() Desidratada () Amarelada () Ictérica () Cianótica
() Anêmica

Presença de lesões: () Mancha () Úlcera () Bolha
() Equimose ou hematoma () Costas () Escoriação

Regulação térmica: () Afebril () Febril () Subfebril
() Hipotérmica () Hipertérmica

Pulso: () Ritmado () Arritmico () Ausente () Bradístigma
Pressão Arterial: () Normotensa () Hipertensa () Hipotensa

Edema: () Ausente () Presente

Local: _____

Eliminações:
Dureza: () Presença () Ausente
() SVD Volume de 33,18 h m

Evacuação: () Presente () Ausente
Diária: _____

Alimentação: () VVO () SNG () SVE () Gastrostomia

Atenção da dieta: () Rou () Regal () Não aceito

Atenção (Presença) () Sim () Não () Não sabe

ESCALA DA DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Local: _____ Intensidade: _____

Validade: () Sim () Período () Central () Não

Situação: () Sim () Não () Sim, qual? () Não

Antibióticos: () Sim () Não () Não sabe

RECEITA OPERACIONAL

Local: _____

Curativo: () Sim () Não

Local: _____

Assento: _____

Solução utilizada: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confirmação do paciente nome completo e número do prontuário: () Sim () Não

() Prontuário e exames conferidos e completo

REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UP

NO CAMINHO DE ENFERMAGEM

LOCAL: _____ ASPECTO: _____ COR: _____ SOLUÇÕES: _____

ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - NOME COMPLETO E CAMBIO

CMH - PMPE PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº

1ª VIA (Paciente)
2ª VIA (Farmácia)

Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Data Intern.: 04/12/2020 Sala: 205 Posto: 1
 Setor de referência: Ortopedia e Traumatologia Enfermagem: Luciana Leito: 20 Acupuntura:
☐ Alocado ao enfermeiro ☐ 11 ☐ 20 ☐ 30

Data: 04/12/2020

☐ Alocado ao enfermeiro

RECAMENTOS CUIDADOS

HORARIO

HORARIO

HORARIO

HORARIO

HORARIO

1. 100mg 1x/dia

2. 100mg 1x/dia

3. 100mg 1x/dia

4. 100mg 1x/dia

5. 100mg 1x/dia

6. 100mg 1x/dia

7. 100mg 1x/dia

8. 100mg 1x/dia

9. 100mg 1x/dia

10. 100mg 1x/dia

11. 100mg 1x/dia

12. 100mg 1x/dia

13. 100mg 1x/dia

14. 100mg 1x/dia

15. 100mg 1x/dia

16. 100mg 1x/dia

17. 100mg 1x/dia

18. 100mg 1x/dia

19. 100mg 1x/dia

20. 100mg 1x/dia

21. 100mg 1x/dia

22. 100mg 1x/dia

23. 100mg 1x/dia

24. 100mg 1x/dia

25. 100mg 1x/dia

26. 100mg 1x/dia

27. 100mg 1x/dia

28. 100mg 1x/dia

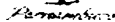
29. 100mg 1x/dia

30. 100mg 1x/dia

ASSINATURA DO MÉDICO

Angelo Cortes - CRM 1192
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgião do Membro e Pé





RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/ 2009

SAME 1136 LEITO

DATA 101-20-1200

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
CENTRO MÉDICO HOSPITALAR

NO ME DO PACIENTE: Cordeiro de Mello Junior
PLANTÃO: () DIURNO () NOTURNO

Data: 30/03/2020

Horário: 07:00

LEITO: 402

Sigla: SC

SANIT: 335 336

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SETOR:

Alergia medicamentosa: () Não () Sim quais?

ESCALA DA DOR



Local:

Intensidade:

Verbalize: () Sim () Pontuação: () Certa () Não

Local: Não Data do pontuação: Não

Sinal fisiológico: () Não () Sim que? () Não

Antibióticos: () Sim () Não

Ferida Operatória: () Não () Sim

Local:

Aspecto:

Curativo: () Sim () Não

Local:

Aspecto:

Sinal fisiológico:

Local:

Aspecto:

Sinal fisiológico:

Local:

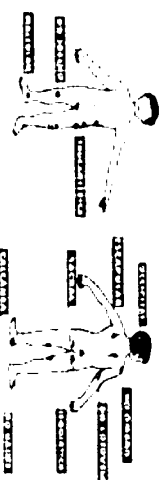
Aspecto:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confirmação do paciente (nome completo e número do prontuário) () Sim () Não

() Prontuário e exames conferidos o completo

REGIÕES MAIS ACOMETIDAS POR UPF



ENFERMAGEM

LOCAL: ASPECTO: COR: SOLUÇÕES:

ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

ASSINATURA DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

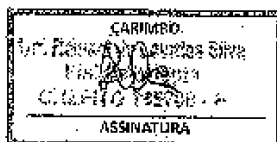
RECEITUÁRIO

Fisioterapia

Declaro para os devidos fins, que o paciente Gesbaldo Leandro da Silva Junior, realiza tratamento Fisioterapêutico, nesta instituição CAF - Reabilitação, 2x (vezes) por semana para tratar fratura do terço proximal de fíbula e maléolo lateral E, desde 01 de outubro de 2019, até a presente data.

CID: S82.6

Palmares, 05/11/2019



Rua Dom Expedito Lopes, nº 211 - São José - Palmares-PE
CEP: 55540-000 - CNPJ: 00.562.279/0001-05





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO

DIRETORIA DE SAUDE - CENTRO MEDICO HOSPITALAR

REQUISIÇÃO MÉDICA

01 - Nome do Paciente Gersonaldo Leonardo da Silva		02 - Nº Prontuário 113523
03 - Nome do Titular		04 - Nº Prontuário 113523
05 - Posto/Grad. Anivél	06 - OME	07 - Setor Amb. Requisitante
Lesão mediana DIVAT.		
Paciente sofreu fratura do		
tórax esquerdo foi operado		
para fixar a fratura com		
placas e parafusos e T16-T5 após		
um mês de seguimento o problema		
persiste a dor 04/11/19		
C/O S82-6		
06/11/19		
Assinatura e carimbo do médico		
08 - Data		
09 - Assinatura e carimbo do médico		
CME: Praça do Deby, s/nº - Recife - PE, CEP: 52.010-140		
Fone: 3181-1445/3181-1628		





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO
DIRETORIA DE SAÚDE - CENTRO MÉDICO HOSPITALAR
GUIA DE ALTA HOSPITALAR

Unidade de Internação	Apartamento	Quarto	Leito
DADOS DO PACIENTE			
Nome	Gustavo Lima e Silva		
Responsável	SAME		
Posto/Graduação	Unidade	SUB/Unidade	
Qualificação de Alta	NO LEMO LEMO LEMO		
Data de Internação	20/08/2020		
Precisa de Acompanhante	SIM	NAO	X
Condição de Alta	Apto	Transferido	LTS
Obito	Arestado	Obito	SIM
Destino do Corpo			
LTS			
DTS			
LPTS			

MÉDICO-CRIMEPE

Exame ao Aguardado de Dina 05/09/2020





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE Nº 014805416285

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA-1 1101342070 BALNEO EXERCÍCIO 2019

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

PALMARES-PE

037-937-364-38 PLACA PDV0331

PLACA ANT. 19 9C2JCT000GR014303

PAS /MOTONETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/612 1501 ANO 2019

22/108CL PARTIC. VERMELHA

1. IRVA 2019 QUITADO 1. VENC. COTAS 1

2. PAVATAIVA 2. PAVATAIVA 2. PAVATAIVA 2

3. PAVATAIVA 3. PAVATAIVA 3. PAVATAIVA 3

83-11 832 94-58 DATA DE PAGAMENTO 07/02/19

SEM RESERVA, RECURSO/SUSPENSIVO

PALMARES-PE 22/09/19

REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIRETORIA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

SEGRE OBRIGATORIO DE UNIFORMES PESSOAS EXISTENTES POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - C/POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014805416285 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradapalmares.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PALMARES-PE 2019 22/09/19

VIA-1 037-937-364-38 PLACA PDV0331

REMANEJO 1101342070 HONDA/612 1501

22/108CL 09 9C2JCT000GR014303

PREMIO TARIFARIO

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PREMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PE Nº 014805416285

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1101342070 2019

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

PALMARES - PE

037 937 364 38 PDV0231

902307000GR014303

PAS /MOTONETA

HONDA/512 1501

22/108CL

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

DETRAN

DETRAN

SEGRE OBRIGATORIO DE UNICO PESSOAIS EMITIDOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - C/POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014805416285 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAULO ALCEU FERREIRA CAVALCANTE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradotalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PALMARES - PE

037 937 364 38 PDV0331

902307000GR014303

PAS /MOTONETA

HONDA/512 1501

22/108CL

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

11 2019

PRÊMIO TARIFARIO

PRÊMIO 4.01 CUSTO DO SEGURO 40.06

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.888/0001-04

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PRÊMIO 0.32 CUSTO DO SEGURO 84.58

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666020

Cidade: Palmares

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA
JUNIOR

Data do acidente: 18/08/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. P.1(COMPROVAÇÃO DE REGISTRO DE ACIDENTE DECLARADO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.4,5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO
ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

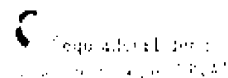
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422915/19

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF: 040.007.834-16

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR : 040.007.834-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 28/11/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO
Profissão: POLICIAL MILITAR
Identidade: 6.448.325 CPF: 040.007.834-16
Endereço: RUA MANOEL CUNHA PEDROSA, 11, COHAB I - PALMARES/PE.

PROCURADOR:

Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: PROFESSOR
Identidade: 3.748.956 CPF: 019.739.214-80.
Endereço: Praça Idalino Ferreira Lins, 06, São Sebastião (feira livre) PALMARES - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.



Palmars 17/09/19
Local e data

Gevaldo Leandro da Silva Junior
Assinatura do Beneficiário/Vítima

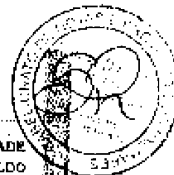
(reconhecer firma por autenticidade)

[Handwritten signature]

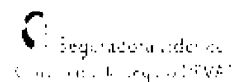
PARCELONATO DE NOTAS E PROTESTO DE PALMARES.
Titular: RAFAEL GABURRO DADALTO
Telefone: (81) 3661-0081

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por AUTENTICIDADE
(Art. 369 do CPC) a assinatura da pessoa de: GESEVALDO
LEANDRO DA SILVA JUNIOR, Palmars-PE, em SR
Sávio Rafael Santos da Silva - Escrevente Autorizado
Emol. R\$ 3,59 TSMR R\$ 0,80 IERC R\$ 0,04 Total R\$ 4,43

Selo: 0077560.CDB09201901.00421 17/09/2019 12:06:46
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401388/19

Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

CPF: 040.007.834-16

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR : 040.007.834-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 14/11/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

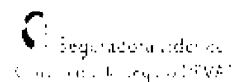
Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422915/19
Vítima: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR
CPF: 040.007.834-16
CPF de: Próprio
Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A
Data do acidente: 18/08/2019
Titular do CPF: GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ERICK MOURA DOS SANTOS : 019.739.214-80

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

GESEVALDO LEANDRO DA SILVA JUNIOR : 040.007.834-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 28/11/2019
Nome: ERICK MOURA DOS SANTOS
CPF: 019.739.214-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ERICK MOURA DOS SANTOS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

