



Número: **0072266-50.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA (AUTOR)	BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO) LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72756 249	18/12/2020 12:09	<u>ANEXO 1</u>	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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200207530 Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15847521



0986



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:09:26
<https://pjje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812092598700000071324414>
Número do documento: 20121812092598700000071324414

Num. 72756240 Pág. 1



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, 15 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200207530 Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00993/00994 - carta_02 - INVALIDEZ



00040497

Carta nº 15857548



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812092598700000071324414>
Número do documento: 20121812092598700000071324414

Num. 72756249 - Pág. 2



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, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200207530 Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 09/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Queda de 5m. Em uma média 50%

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: **GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000006992-2

Conta: 000000572010-9

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812092598700000071324414>
Número do documento: 20121812092598700000071324414

Núm. 72756249 - Pág. 3

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200207530
Nome do(a) Examinado(a): GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): R ESTACAO, 28, C,FR CANECA
JAQUEIRA Pernambuco - CEP: 55409-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [sspPE / Pernambuco] 8159646
Data local do acidente: [09/02/2020]
Data local do exame: [27/06/2020] CARUARU - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura segmentar de fêmur direito

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

Tratamento: Tratamento cirúrgico de fratura de femur direito com haste intramedular

Complicações: sem complicações do referido acidente

Data da Alta: 27/06/2020

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

Apresenta bloqueio de mobilidade do joelho com extensão total e flexão máxima de 80 graus

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

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

Limitação funcional moderada do joelho direito.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Joelho - Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Vítima apresenta ferimento na região dorsal do pé direito, sem sequelas anatomicas ou funcionais.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson Jose Florencio Junior
CRM - PE 18.573
TEOT 13621
CPF - 04648138406
CRM - Pernambuco - 18573





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou AGL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013				
5 - Nome completo: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA		6 - CPF: 086.113.339-03	7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA DA ESTAÇÃO	
9 - Bairro: FREI CANECA		10 - Cidade: JACQUEIRA	11 - Estado: PE	12 - CEP: 55.409-000
13 - E-mail: BRUNNA - PERAZZO @ HOTMAIL.COM		14 - Telefone: (81) 9.991-0084		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:				
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Banco ou agência) Nome do BANCO: BRADESCO Agência: 6992 Conta: 0572010 9 <small>Informar o dígito se existir</small>		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, seja vez que (assinalar uma das opções) :				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Para melhor atendimento, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, nome basta na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº. 2194/74, artº 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concreta quanto a futura avaliação médica ou resolução do direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				
25 - Grau de parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou comprovação?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
27 - Se a vítima deixou comprovação, informar o regime - completo:		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
29 - Se tinha filhos, informar:		30 - Vítima deixou comprovação?		
29 - Se tinha filhos, informar: Vivos Falecidos		30 - Vítima deixou comprovação? Sim Não		
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar:		
33 - Vítima deixou comprovação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		34 - Vítima deixou comprovação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de único beneficiário que se apresentar e demonstrar esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração nôo verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		
39 - Local e Data: Recife / PR, 03 de junho de 2020		Assinatura da testemunha		
40 - Assinatura da vítima/beneficiário (pela/eleita): Givanildo Cericaco Lima		Assinatura da testemunha		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (pela/eleita):				

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 085ª CIRCUNSCRICAO - JAQUEIRA - DP85ºCIRC DINTER1/13ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0175000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2020 às 09:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **9/2/2020** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO BENEDITO DO SUL, 01, BR 101** - Bairro: **CENTRO - SAO BENEDITO DO SUL/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS (NOTICIANTE)
JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (OUTRO)
GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA

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

MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: FemininoMãe: TEREZINHA MARIA IZIDORIO DA SILVA Pai: **CICERO IZIDIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **29/5/1985** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: QUITERIA FIOMENA DA SILVA Pai: **JOSÉ CERIACO DE LIMA** Data de Nascimento: **6/11/1988** Naturalidade: **QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JAQUEIRA, 28, RUA DA ESTAÇÃO - FREI CANECA - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - JAQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoNaturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DEJAMILTON DE OLIVEIRA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDINO CERIACO DA SILVA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS** Objeto apreendido: Não
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **DYM5660** (RIO DE JANEIRO/RIO DE JANEIRO) Renavam: **924002018** Chassi: **9C2KC08107R196479**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007**



Complemento / Observação

SEGUNDO A NOTICIANTE, É ESPOSA DA VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTO NO SENTIDO QUIPAPÁ X JAQUEIRA QUANDO, EM UMA CURVA, TERIA SE CHOCADO DE FREnte COM UMA OUTRA MOTO. AINDA SEGUNDO A NOTICIANTE, APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA SIDO CONDUZIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SÃO BENEDITO DO SUL, E DE LÁ TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, EM RECIFE, ONDE TERIA FICADO INTERNADO E SE SUBMETIDO A 04 CIRURGIAS NA Perna DIREITA. DAí SUA VINDA A ESTA DP PARA COMUNICAÇÃO DO FATO. OBS: PROTÓTICO N 5879668-HR.

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

Maria José Izidio dos Santos

MARIA JOSÉ IZIDIO DOS SANTOS
(NOTICIANTE)

[Signature]

B.O. registrado por: KARIM ALVES PIRES - Matrícula: 221554-3

Giovamilda Geriaco da Silva Lima





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou AGL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013				
5 - Nome completo: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA		6 - CPF: 086.113.339-03	7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA DA ESTAÇÃO	
9 - Bairro: FREI CANECA		10 - Cidade: JACQUEIRA	11 - Estado: PE	12 - CEP: 55.409-000
13 - E-mail: BRUNNA - PERAZZO @ HOTMAIL.COM		14 - Telefone: (81) 9.991-0084		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:				
<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Banco ou agência) Nome do BANCO: BRADESCO Agência: 6992 Conta: 0572010 9 <small>Informar o dígito se existir</small>		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, seja vez que (assinalar uma das opções) :				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Para melhor atendimento, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, nome basta na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº. 2194/74, artº 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concreta quanto a futura avaliação médica ou resolução do direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				
25 - Grau de parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou comprovação?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
27 - Se tinha filhos, informar:		28 - Se a vítima deixou comprovação, informar o regime - completo:		
29 - Se tinha filhos, informar: Vivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou comprovação? Vivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
31 - Vítima teve irmãos?		32 - Se tinha irmãos, informar:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		33 - Vítima deixou comprovação? Vivo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte de único beneficiário que se apresentar e demonstrar esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração nôo verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:		35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:		
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:		
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____		
		Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data: Recife / PE, 03 de junho de 2020		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (pela testemunha)		

Digitalizado com CamScanner





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

Karenne
Jaguariúna - São Paulo 2020
COREN-SP 06.928 ENF
Copie em 06/05/2020
746770

1. Hora de atendimento	19:15	2. Chamação ou nome	19:40	3. Hora do atendimento	20:00	4. Hora da ocorrência	01:15	5. Saída do hospital	02:20
6. Meio de acesso	<input type="checkbox"/> 1. Auto	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Ambulância	<input type="checkbox"/> 3. Vôo	<input type="checkbox"/> 4. Helicóptero		<input type="checkbox"/> 5. Aéreo			
7. Carga de passageiros	<input type="checkbox"/> 1. Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Páublico	<input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> 4. SAD					
8. Modo de atendimento	Amanda Guilherme Góes de Souza Pinho								
9. Pessoas	Bianca 06/11/1985 381								
10. Hora da ocorrência	10:00								
11. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino								

12. Logradouro	R. Edson Ribeiro Paula									
13. Bairro	Brotas									
14. Zona	<input type="checkbox"/> 1. Urbana	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural	15. Referência	Mato Grosso (Cidade Bela Vista do Sul)						
16. Local de ocorrência	Av. Desembargador José Bonifácio									
17. 1. Vítima(s)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	18. 2. Criança	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Criança	<input type="checkbox"/> 3. Adolescente	<input type="checkbox"/> 4. Pediatra			
19. 3. Outros	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	20. 4. Profissional	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Pessoal de Saúde	<input type="checkbox"/> 3. Funcionário	<input type="checkbox"/> 4. Empresário			

21. 5. Idoso	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	22. 6. Gestante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Gestante	23. 7. Menor de 12 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	24. 8. Menor de 18 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não
25. 9. Idoso e gestante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	26. 10. Idoso e menor de 12 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	27. 11. Menor de 18 anos e gestante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	28. 12. Menor de 18 anos e menor de 12 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não
29. 13. Idoso e menor de 12 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	30. 14. Menor de 18 anos e gestante	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	31. 15. Menor de 18 anos e menor de 12 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	32. 16. Menor de 18 anos e menor de 12 anos	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não

33. 17. Localização: Endereço	<input type="checkbox"/> 1. Rua	<input type="checkbox"/> 2. Avenida/Rua	<input type="checkbox"/> 3. Estrada	<input type="checkbox"/> 4. Rodovia	34. 18. Mercantil:	<input type="checkbox"/> 1. Supermercado	<input type="checkbox"/> 2. Padaria	<input type="checkbox"/> 3. Loja	35. 19. Outras:	<input type="checkbox"/> 1. Farmácia	<input type="checkbox"/> 2. Clínica	<input type="checkbox"/> 3. Consultório
36. 20. Agente(s)	<input type="checkbox"/> 1. Adulto de 18+	<input type="checkbox"/> 2. Adolescentes	<input type="checkbox"/> 3. Adolescentes Físicos	<input type="checkbox"/> 4. Bebê	<input type="checkbox"/> 5. Criança	37. 21. Quantitativa:	<input type="checkbox"/> 1. Físico	<input type="checkbox"/> 2. Físico + 1	<input type="checkbox"/> 3. Técnica (tempo legal)			
38. 22. Entidades Sociais:	<input type="checkbox"/> 1. Escola	<input type="checkbox"/> 2. Igreja	<input type="checkbox"/> 3. Centro Social	<input type="checkbox"/> 4. Centro Cultural	<input type="checkbox"/> 5. Centro de Convivência	39. 23. Substantivos químicos:	<input type="checkbox"/> 1. Físico	<input type="checkbox"/> 2. Físico + 1	<input type="checkbox"/> 3. Cloro (velho)			

40. 24. Substantivos:	<input type="checkbox"/> 1. Água	<input type="checkbox"/> 2. Lixo	<input type="checkbox"/> 3. Algodão	<input type="checkbox"/> 4. Tintas	41. 25. Ocorrida:	<input type="checkbox"/> 1. Piscina	<input type="checkbox"/> 2. Praia	<input type="checkbox"/> 3. Outras
42. 26. Detalhos:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Nenhum	<input type="checkbox"/> 2. Um pouco	<input type="checkbox"/> 3. Muito	<input type="checkbox"/> 4. Muito mais	43. 27. Período:	<input type="checkbox"/> 1. 1 a 2 Segundos	<input type="checkbox"/> 2. 2 a 5 Segundos	<input type="checkbox"/> 3. 5 a 10 Segundos
44. 28. Relevos:	<input type="checkbox"/> 1. Planície	<input type="checkbox"/> 2. Serranias	<input type="checkbox"/> 3. Montanhas	<input type="checkbox"/> 4. Vales	45. 29. Fazenda:	<input type="checkbox"/> 1. Dábar maior	<input type="checkbox"/> 2. Dábar menor	<input type="checkbox"/> 3. Difícilmente
46. 30. Colisões de pára:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Nenhum	<input type="checkbox"/> 2. Pouco	<input type="checkbox"/> 3. Muitas	<input type="checkbox"/> 4. Muito	47. 31. Piscina:	<input type="checkbox"/> 1. Nenhum	<input type="checkbox"/> 2. Pouco	<input type="checkbox"/> 3. Muito

48. 32. Fogo:	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	49. 33. Uso medicamento:	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Não	50. 34. Aspecto psicológico:	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
51. 35. Qual?			52. 36. Qual?			53. 37. Qual?		

54. 38. Escala de Glasgow	39. 40. Resposta verbal:	41. 42. Resposta motora:	43. 44. Estado de CONSCIENTEZA:	45. 46. Perfil:
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Experiência (0)	<input type="checkbox"/> 1. Orientado (1)	<input type="checkbox"/> 1. Orientado (1)	<input type="checkbox"/> 1. Alerta (2)	<input type="checkbox"/> 1. Dábar menor
<input type="checkbox"/> 2. Alerta (1)	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Confuso (2)	<input type="checkbox"/> 2. Localiza (2)	<input type="checkbox"/> 2. Dábar maior	
<input type="checkbox"/> 3. Dílata (2)	<input type="checkbox"/> 3. Responde incompletamente (3)	<input type="checkbox"/> 3. Movimento desordenado (4)	<input type="checkbox"/> 3. Dábar menor	
<input type="checkbox"/> 4. Mofetila (3)	<input type="checkbox"/> 4. Responde incompletamente (2)	<input type="checkbox"/> 4. Faz movimentos (5)	<input type="checkbox"/> 4. Dábar menor	
	<input type="checkbox"/> 5. Mofetila (1)	<input type="checkbox"/> 5. Estremecimento (6)	<input type="checkbox"/> 5. Dábar menor	
		<input type="checkbox"/> 6. Mofetila (1)	<input type="checkbox"/> 6. Mofetila (7)	
TOTAL	SCORE: 13	POSSÍVEL: 15		

55. 1. Sinais vitais - SBMV	56. 2. HORA	57. 3. PA	58. 4. FC	59. 5. FR	60. 6. TEMP	61. 7. HGT	62. 8. SpO2%
	19:40	130x90		77	36.50	165	941

63. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoco	Dorsa	Tórax	Abdômen	Pélvis	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação									
Contusão									
Esporão									
Estiramento									
Perfurante									
Cortado									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Lacerção									
Luxação									
Quimiotrauma									
Presença de sangramento									



1. Injunto: Coluna cervical

 2. Injunto: Membra

 3. Ortopediatra

2. Limitação de pratica

 4. KED

*Suspensão
 Joâo Pedro CORDEIRO JUNIOR
 COREN-PE 309.942 ENF
 Coach em
 06-05-2020*

50. Unidade de destino:

HR
 Rita Mota
 CRM: 19281-PE
 Médica
 Neurocirurgia

51. Centro:

Médico assinante:

Assinante: Valdérico

Técnico de enfermagem: Valdérico

Observador/Fluxo: Ronaldo

Responsável pelo preenchimento:

Lúcia M. Brito da Silva
 COREN-PE 132676
 CLÍNICA SOCORRISTA
 SAMU - JAGUERA-PE

Solicita apoio da UTI

1. Sim

2. Não

Observações:

Pretormento:

1. Sim

2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Fiquei com o restringimento da coluna no atendimento.

56. Cancelamento da ocorrência:

1. Pelo médico requisitor 2. Pelo solicitante
 3. Pelo fluxo 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O suscrito certifica que o paciente recusa encaminhamento mesmo contra orientação médica.

Assinatura:

Assinatura:

RG:

Data: / /

64. Multas viadas: 1. Sim 2. Não

Nº de viadas:

Comissão:



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06992-2

CONTA: 000000572010-9

Nr. Autenticação
BRADESCO020720200500000000023706992000000572010168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812092598700000071324414>
Número do documento: 20121812092598700000071324414

Num. 72756249 - Pág. 11

Data	Hora	MB143298187BR 2168
Nome Legível do Recebedor:		
Liso dos Correios	Rubrica do Carteiro	Matrícula
		Tipo/Serviços Adicionais DHP 25/09/2019 09:11



REMITENTE	RIMATTA CARNEIRO LEITE Rua Quarenta e Oito 208 APT 1003 Espinheiro 52020-060 Recife/PE	
	DESTINATÁRIO	
BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS Avenida Conde da Boa Vista 50 SALA 1031 - 10º ANDAR Boa Vista 50060-002 - Recife/PE		
PÉ 25/09/13:41		
USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS 1. Mudou-se 6. Recusado 2. Ausente 7. Falecido 3. Desconhecido 8. Não existe o número indicado 4. Endereço insuficiente. Faltou: 5. Outros (Especificar) ...		
Número do Telegrama MB143298187BR 2168		
 DHP 25/09/2019 09:11		

DESTINAR AQUI

DESTINAR AQUI





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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Brunna Marques Perazzo Seixas inscrito (a) no CPF 052.200.554 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Givanildo Ceriaco Da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.113.334 / 03 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Givanildo Ceriaco Da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.113.334 / 03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
CNH e Comprovante de Residência

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		Número	Complemento
<u>Avenida Conde da Boa Vista</u>		<u>50</u>	<u>SL 1031</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Boa Vista</u>	<u>Recife</u>	<u>PE</u>	<u>50.060-002</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>BRUNNA_PERRAZO@HOTMAIL.COM</u>	<u>(81) 3040-6412</u>	<u>(81) 9.9791-0084</u>	

Recife/PE, 03 de Junho de 2020
Local e Data

Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : Pothyra Pascoal
Residente
CRM _____ Traumatologia / Ortopedia
CREMEPE 29381
End. _____

Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Giovamildo Ferriaco da Silva

Endereço : Uso Ibral

Prescrição : ① Clindamicina 300mg — 28cp

Tomar os cp de 6/6h por 7 dias

② Ciprofloxacino 500 mg — 14 cp

Tomar os cp de 6/6h por 7 dias

PERMANECEM NADAS CP DE 12/12 D P/OS 7 DIAS

DATA: 12/12/2020 P/OS 7 DIAS

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

Pothyra Pascoal
Residente
Traumatologia / Ortopedia
CREMEPE 29381

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident. : _____ Org. Emissor : _____

End. : _____

Cidade : _____ UF : _____

Telefone : _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA : / /

Code. 0339





Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Serviço de Traumato-Ortopedia



DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que **GIVANILDO CERIACO DA SILVA**, sob o registro hospitalar **1712080** está internada nesta unidade hospitalar, desde o dia **09/02/2020**, para tratamento cirúrgico ortopédico com quadro de **FRATURA MEMBRO INFERIOR DIREITO**. Paciente sem previsão de alta hospitalar.

CID: S723

Data: 17 de março de 2020

Dr. Kalo Magno C. J.
MÉDICO
CRM-PB 7407

Médico – CRM



5879668 4/2

04



PREFEITURA DE
SÃO BENEDITO DO SUL
Respeito a nossa gente

MATERNIDADE UNIDADE MISTA SANTA RITA

SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 09/10/2020

Hora: 20:15

PACIENTE

C. SUS:

Nome: Giovânia Serejo da Silva Lima Documento Nº _____

Genitora:

Data Nas.: / / Idade: 30 Sexo: M Cor: P

Endereço: R. Ednor Lira Paula

Bairro: Ponto de Referência:

OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito

Acidente de Trabalho

Suicídio

Outros Acidentes

Picada de Animais Peçonhentos

Agressão

Intoxicação Medicamentos

Intoxicação c/ Agrotóxicos

Outras Causas

Local de Ocorrência:

Acompanhamento:

ATENDIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL / MOTIVO

Ronfado vindo de dia

EXAME FÍSICO

PESO

TEMP

PA

FC

FR

100x70

80

582 97%



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/12/2020 12:09:26
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121812092598700000071324414>
Número do documento: 20121812092598700000071324414

Num. 72756249 - Pág. 16

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1712080

Nome : Givanildo Ferreira da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09/02/2020

Diagnóstico Próvel : Paciente vítima de
acidente motociclistico e
fratura em femur e patela
displasias + osteoartrite patela D.

Tratamento Realizado : Tratamento cirúrgico
para fratura de femur e patela.
Bisess + antibioticoterápida.

Observação : Retornar em 30 dias para
consulta ambulatorial na ortopedia
(Dr Fábio Brandão). Fazimento das
atividades laborais por 60 dias.

Cópia de :

Pothyra Pascoal

Residente

MEUUSP/UFPEM/Ortopedia
CREMEPE 29381

25/03/2020

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1712080

Nome : Givanildo Ferriaco da Silva

Foi atendido às 23:46 hs. do dia 09/02/2020

Diagnóstico Próvel : Paciente vítima de
acidente motociclistico e
fratura em fémur e patela
displásicos + osteoartrite patela D.

Tratamento Realizado : Tratamento cirúrgico
para fratura de fémur e patela
displásicos + antibioticoterápida.

Observação : Retornar em 30 dias (para
consulta ambulatorial cp ortopedia
(Dr Fábio Brandão). Fazimento das
atividades laborais por 60 dias.

Cópia de :

Pothyra Pascoal

[Signature]
Residente

Médico(a) CRM-P
CREMEPE 29381

25/03/2020

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200207530 **Cidade:** São Benedito do Sul **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 09/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura segmentar de fêmur direito

Descrição do exame físico: Apresenta bloqueio de mobilidade do joelho com extensão total e flexão máxima de 80 graus

Resultados terapêuticos: Limitação de mobilidade articular do joelho direito

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/06/2020

Conduta mantida:

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 joelho	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-0161268/20

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

CPF: 086.113.334-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA : 086.113.334-03

- 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: 09/06/2020
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Marta Marinho dos Santos



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 8.159.646 SDS/PE CPF: 086.113.331-03
Endereço: RUA DA ESTAÇÃO, 28 - FREI CANECA - SAGUEIRA - PE -
CEP: 55.409-000.

OUTORGADO:

Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Profissão: ADVOGADA
Identidade: 27708 OAB/PE CPF: 052.200.554-37
Endereço: AV. CONDE DA BOA VISTA 50, BOAVISTA RECIFE/PE - 50.060-002

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for; assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

RECIFE / PE, 03 DE JUNHO DE 2020.
Local e data

Givanildo Marques da Silva Lima

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Digitalizado com CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161268/20

Vítima: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

CPF: 086.113.334-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS : 052.200.554-37

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

GIVANILDO CERIACO DA SILVA LIMA : 086.113.334-03

- 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: 09/06/2020
Nome: BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS
CPF: 052.200.554-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS

Marta Marinho dos Santos

