

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462331 Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462331 Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **GIVALDO FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000002918**

Conta: **0000015184-2**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.521.704-01 4 - Nome completo da vítima: Rivaldo Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

3 - Nome completo: Rivaldo Ferreira da Silva 6 - CPF: 048.521.704-01
7 - Profissão: aut. de produção 8 - Endereço: Vila Recanto Bom Tempo 9 - Número: 06 10 - Complemento: 95 A
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Goiânia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: arriboria.goiara@gmail.com 16 - Tel. (DDD) 81 3306-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: Itau
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 15184 2

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vácuo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF: 05.802.494/0001-4

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: 05 111 9119

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Goiânia - PE 02-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**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: 3190462331
Nome do(a) Examinado(a): Givaldo Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): VI Recanto Bom Tempo, 06 Qd Q
Centro Goiana PE CEP: 55900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7064048
Data local do acidente: [17/01/2019]
Data local do exame: [26/08/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/01/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA PARA CONTROLE DE DANOS, APRESENTA EXAME RADIOGRÁFICO ONDE NOTA-SE UMA FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FÍBULA E TÍBIA ESQUERDA COM PRESENÇA DE COMINUIÇÃO ÓSSEA EM FACE MEDIAL, APÓS 72 HORAS FOI REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO MAIS FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR 4.5 MM EM TÍBIA ESQUERDA MAIS PARAFUSOS BLOQUEADOS, DISTAIS E PROXIMAIS, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNA, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE, ALEM DE FAZER USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

Data da Alta: 19/01/2019

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

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNA, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

- IV. Nexo de casualidade: 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:

**ATROFIA DA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO JOELHO GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°**

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do 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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

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

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

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

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPrevia...



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134001067

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/04/2019 às
12:05

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/1/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RODOVIA PE 075,
PROXIMO A LOJA DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO 2001 - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REINALDO ALVES DE MELO (OUTRO)
GIVALDO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): GIVALDO FERREIRA DA SILVA



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

**GIVALDO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ELZA
GOMES DA SILVA Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 07/1981
Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7064040/SDS/PE (RG) Estado
Civil: SOLTEIRO(a) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS
GERAIS Telefones Celulares:
- 004000000**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 00, VILA BOM TEMPO, QUADRA E 00
CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**REINALDO ALVES DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo:
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

05.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): REINALDO ALVES DE MELO,
que estava em posse do(a) Sr(a): GIVALDO FERREIRA DA SILVA

1 de 2

05/04/2019 11:56

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPrevia...

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/YES 125 ED Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: HQG1348 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 214156348 Chassi:
9CDNF41LJ9H304697
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2010 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA DATA RETRO NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO
EPIGRAFE, SOFREU UM ACIDENTE ONDE O MESMO ESTAVA NA REFERIDA
MOTOCICLETA, E QUE ESTAVA RETORNANDO PARA O TRABALHO ONDE O VEICULO
DE PLACA DESCONHECIDA, COLIDIU COM O MESMO NA FRENTE DA MOTOCICLETA O
QUAL CHEGOU A CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL
MIGUEL ARRAES, QUE TEVE AS SEGUINTE LESÕES: FRATURA DA TÍBIA DA PERNA
ESQUERDA, A VISTA DAS DOCUMENTAÇÕES LEGAIS, ENCERRO O PRESENTE
REGISTRO.

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


GIVALDO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3870570



05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.521.704-01 4 - Nome completo da vítima: Rivaldo Ferreira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Rivaldo Ferreira da Silva 6 - CPF: 048.521.704-01
7 - Profissão: aut. de produção 8 - Endereço: Vila Recanto Bom Tempo 9 - Número: 06 10 - Complemento: 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Goiânia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000 15 - E-mail: arriboria.goiara@gmail.com 16 - Tel. (DDD) 317 3006-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: Itau
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 15184 2

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(váreas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: 05.802.494/0001-4
Assinatura da testemunha TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
39 - 2ª Nome: CPF: 05 111 9119
Assinatura da testemunha da Autarquia 1175 SL 902
Assinatura - CEP 60.060-010 RECIFE-PE

40 - Local e Data, Goiânia - PE 02-08-2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 461564

Senha de Classificação:

0035

Data e Hora: 17/01/2019 22:47

Paciente: 122174 GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/07/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELZA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO --

6

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Problema agudo de Coluna na região lombar com aumento da dor na MIE (Fêmur esquerda segundo momento) dor de radição no membro inferior esquerdo. Dificuldade de marcha.

Exame Físico

Nega dor na região lombar.

Exame físico normal. Rota cervical.

Exame físico normal.

Sangramento ocular com MIE.

Exame físico normal.

Exame físico normal.

Hipótese Diagnóstico

Fratura MIE.

Prescrição Médica

Leito 100mg + 100mg SFG. Em 22/01/19

Leito 100mg + 100mg SFG. Em 22/01/19

Leito 100mg + 100mg SFG. Em 22/01/19

Leito 100mg + 100mg SFG. Em 22/01/19

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Setor de Ortopedia e Traumatologia
CRM: PE 16.339

22:53 ① AO Bloco Cirúrgico Sem Dorso Au:
Operatório
G. M. L. 1.0 + AD EV 23/01

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000015184-2

Autenticação:

12666457F8C9DCE1FDB173494167313AD7073B179837E286A70921C436BF7936



AVENIDA CRUZ CABOCA - NÚM. 1187 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000 - Fone: (081) 3600-381 3185
Inscrição Estadual: IS.1.001.0014398-7
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 20130610325595

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA S B NASCIMENTO
VL RIZANTO BOM TEMPO, N. 00004 - QD Q - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.188.153.0118.808

GRUPO: 9

OPÇÃO DER. AUTOMÁTICO: 01032559.5

LIGADO	POTENCIAL		
01/07/2015	04/06/2015	03/07/2015	REAL /
ÁGUA LEIT. ANT.: 553 LEIT. ATUAL: 561 LEIT. FAT.: 561	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:		VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS	
03/2015 1/	0	EXC. SELA PORT. MS 2.954/11	ANÁLISES REALIZADAS
04/2015 2/	0	QUANTIDADE	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
05/2015 3/	0	COR APARENTE	
06/2015 4/	0	CLORO RESIDUAL	
07/2015 5/	0	COLIFORMES TOTAIS	
08/2015 6/	0	E. COLI	
09/2015 7/	0	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS ATENDIDA EM 555 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, E. COLI, CLORO RESIDUAL E COR APARENTE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS NO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

08/2015

JURIS DE MUPA

03/2015 02/2015

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

8 M3

1,20

0,27

0,10

DES	1,20	1,45	0,72
COTING	1,20	1,45	0,55

15/07/2015

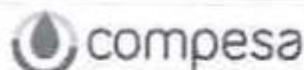
TOTAL R\$ 2,73

7,67

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 7 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 211,39. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A REGULARIZAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Enviado por: 10799487

Enviado em: 02/08/2015



ATENDIMENTO: 0800-0810155
LIGAMENTOS: 0800-0810185

15/07/2015

CÓDIGO DE BARRAS

82820000000-5 07670018062-1 01032559501-9 0620153000300



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
0800-2813844
05 1000 032559.5
06/2015-3
7,67
VIA COMPESA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.098, de 20/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. Juba de Sousa, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51065-902
DPUF 19.825.000001-29 | Ins. Est. 0000943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
NOME: JUBA DE SOUSA NETO

ENDEREÇO: SAUBAGUARA, RUA DO CARVALHO 112-9

CPE: 214 999 474-49

CENTRO: GIGIAHA,
GOIANAPE
51065-900

CLASSIFICAÇÃO
DE CONSUMO
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

NUM. CONTADOR	2431353019	PERÍODO	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	21/06/2019	DATA DE EMISSÃO	04/07/2019
VALOR DA FATURA		258,78	

CONTADOR	2431353019	DATA	06/2019
CONTADOR	2431353019	DATA	06/2019
CONTADOR	2431353019	DATA	06/2019

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	278,000000	0,7413616	204,71
Acrescimo Saneamento AMARELA			2,20
Conta de Luz Pública Municipal			28,80
CHS Saneamento CDS AF 04000047-040419			2,20
CHS Saneamento CDS AF 04000047-040419			1,35
Multa por atraso NF 04000047-040419			2,48
Multa por atraso NF 04000047-040419			4,71
Juros por atraso NF 04000047-040419			0,01
Juros por atraso NF 04000047-040419			1,34
Atualização CPN AF 04000047-040419			0,27
Atualização CPN AF 04000047-040419			1,43

TOTAL DA FATURA 258,78

SPQ	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	SPQ	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
000000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

SPQ	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	SPQ	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
000000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

CONSUMO	VALOR	DATA	VALOR	DATA
0000	0000	0000	0000	0000

CONSUMO	VALOR	DATA	VALOR	DATA
0000	0000	0000	0000	0000

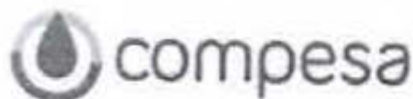
FORMA DE PAGAMENTO: 21/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 258,78

80820000002-9 56780011002-4 43135301910-6 13685688643-7

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 ANH 7M 19
Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1387 - SAO JOAO RECIFE-PE
CEP: 55040-000. Fone: (0811) 0400 081 2195
Inscrição Estadual: 18-2.001.0814399-2
CNPJ: 06.799.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190110399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

HELISSA DA COSTA LEITE NETO

E DO CAXIAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000

Inscrição: 088.490.783.0134.000

GRUPO: 13

01039944.0

03/2019-3

Opção n.e. Automático: 01039944.0

LIGADO	POTENCIAL					
ALTE143548	08/03/2019	07/04/2019		REAL /		
ÁGUA		22000				
LEIT. ANT.: 143	CONSUMO: 1	LEIT. ANT.: 1		NOCOME: 0		
LEIT. ATUAL: 146		LEIT. ATUAL:				
LEIT. FAT.: 141		LEIT. FAT.: 1				
HISTÓRICO DE CONSUMO		MÉDIAS DE AMOSTRAS				
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. SELA PORT.	ANÁLISES	ATENDIM. A		
		Nº 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO		
01/2019	1,7					
02/2019	1,2					
03/2019	8,7					
04/2019	1,7					
05/2019	13,0					
06/2019	1,7					
MÉDIA	4,9					
		PARÂMETROS				
		TURBID. COM APARENTE	46	46		
		TIPO RESIDUAL	46	46		
		COLIFORMES TOTAIS	46	46		
		B. Coli	46	46		
		OBSERVAÇÕES:				
		(1) COLIFORMES TOTAIS AUMENTA EM 599 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.				
		(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, BACTÉRIAS COLI E TIPO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.				
		(3) OS PARÂMETROS COM E TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 1/3

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1 R\$

60,75

27,13

VIX	60,75	2,83	1,88
CONSUMO	69,78	7,40	4,42

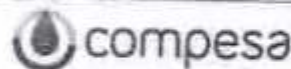
20/05/2019

VALOR A PAGAR

87,88

Emissão por: INY00007

Unidade em: 03/09/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VENDAS: 0800-0810195

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

07/10/2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

01039944.0

03/2019-3

20/05/2019

87,88

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

8285000000-0 87880018062-0 01039944001-9 03201920003-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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: 4020-1594 / 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, GERCINO RAMOS DOS ANJOS

RG nº 4.777.382, data de expedição 02/07/95

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 038.965.884-78

com domicílio na cidade de GOIANA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA OL, nº 37

complemento CARNE DE VACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GIVALDO FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era

GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: JTA/SUZUKI EN 125YK Ano: 2009

Placa: NOC 1345 Chassi: 9CDNF41LJ9M304697

Data do Acidente: 17/01/19

Local e Data:

GOIANA/PE, 30 DE JUNHO 2019

Gercino Ramos dos Anjos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/11/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Serviço Notarial e Registral do 5º Ofício/Cartório Maria Helena

Rua De Manoel Batista 100 - Boa Vista - Recife - PE - CEP: 50.060-010 - e-mail: maria.helena@sernot.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: GERCINO RAMOS DOS ANJOS, Dou fé,
Goiana, 01/08/2019. Em test. João da verdade. A tabelião

Emol. R\$ 3,00, Tabel. R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,04,

FUNSEG R\$ 0,08. Selo: 0077628.PH007201903.00738

Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ESCRIÇÃO





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 461564

Data e Hora: 17/01/2019 22:4

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 122174 GIVALDO FERREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/07/1981

Idade: 37 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELZA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12348

Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO

6

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de lesão traço/cabeça acidentado com
dois MTE (Fratura ligamentar acometida) com
dificuldade de movimento. Dificuldade respiratória.

Exame Físico

Nega dor no local da lesão.

Exame físico: Lesão cervical

Exame físico: Lesão cervical

Exame físico: Lesão cervical

Exame físico: Lesão cervical

Hipótese Diagnóstico

Fratura MTE.

Prescrição Médica

Lesão cervical após trauma

Sal. C-7 lesão ligamentar e MTE.

Lesão da articulação.

Tratamento com analgésicos e anti-inflamatórios.

05.802.494/0001-41
TRACAO COBERTORA
DE SEGUROS LTDA

05.157.7119

Rua da Aurora, 141 175, SL 902 BL C
504 17421-CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Setor de Cirurgia Geral
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 16.339

22:53 1º AO Holo Ortopedia Sem Dor no Braço
2º AO Holo Ortopedia Sem Dor no Braço
3º AO Holo Ortopedia Sem Dor no Braço

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/01/2019 22:41



Nome Paciente: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente: 122174
Data de Nascimento: 06/07/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 461564
SAME: 109080



CG 7
0774

Período: 17/01/2019 23:08 - 17/01/2019 23:11

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE DEU ENTRADA PELA VERMELHA VITIMA DE COLISÃO MOTO -CARRO NEGA VÔMITOS E DESMAIOS C/ESCORIAÇÕES C/ FRAT. EXPOSTA EM MIE C/SANGRAMENTO ATIVO PACIENTE HIPOCORADO EM AR AMBIENTE / SINAIS AFERIDO PELO SAMU

Observação: VINDOC/ SAMU / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA /DM /; HAS / ASMA / CARDIOPATIA /AVC/

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 9
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICOSE: 120.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Nota:
Fx. Fechada
sem AIE
Revisado
20/01/19

Mauro

REVISADO
MEDI 11/19

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 JAN 2019
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/01/2019 23:11

Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 481585

Convênio: 122174

Convênio Atend: 1

Linha: 038

Dt. Início: 18/01/2019 00:02

Cid Pré-Operatório: S822

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0002 SALA 02

GIVALDO FERREIRA DA SILVA

SUS - INTERNAÇÃO

VERMELHO - EXTRA 005

Dt. Fim: 18/01/2019 00:58

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 481585

Carteira:

Idade: 37 Anos 12 Dias 1 Hora

Procedimentos

FRAÇÃO: 001 (481585)

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNAÇÃO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

RUI RO
ANESTESISTA

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

16337 SIMONE SALGADO RODRIGUES

Descrição

Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
 CIRURGIA: AMPLETA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + POSICIONAMENTO DE FIXADOR
 EXTERNO LINEAR
 CIRURGIÃO: DR. GIVALDO FERREIRA DA SILVA
 TRAUMA ORTOPÉDICO (MIGUEL ARRAES)
 ANESTESISTA: SRA. SIMONE SALGADO
 ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

Relatório da Intervenção

1. REALIZAÇÃO DA RAQUI ANESTESIA

2. DEBRIDAMENTO DA ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS

3. POSICIONAMENTO DO FIXADOR EXTERNO LINEAR

4. REALIZAÇÃO DO DEBRIDAMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MEDIO DISTAL DA PERNA, DEBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS

5. REALIZAÇÃO DO DEBRIDAMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MEDIO DISTAL DA PERNA, DEBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS

6. POSICIONAMENTO DO FIXADOR EXTERNO LINEAR

7. POSICIONAMENTO DO FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 4 PINOS DE SCHANZ + 2 BARRAS PARALELAS

8. REALIZAÇÃO

9. REALIZAÇÃO DO DEBRIDAMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MEDIO DISTAL DA PERNA, DEBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS

Atividade Cirúrgica

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
 Ortopedia e Traumatologia
 Médica Residente
 CRM-PE 24072

DR(A): SORMANE DE CARVALHO BRITTO

CRM: 16339

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

05/01/2019

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GIVALDO FERREIRA DA SILVA**
 Idade: 37a 6m 12d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 122174
 Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 06/07/1981
 R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 55900974
 Endereço: QUADRA E VILA BOM TEMPO, 6 - CENTRO - GOIANA - PE
Dados da Internação
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 17/01/2019 23:18
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
 Unidade Internação: VERMELHA - EMERGI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - EXTRA 008
 Médico Internação: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Idade: R.G.: C.P.F.:
 Endereço: Número: Estado civil:
 Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 23 / 01 / 19 Hora da Alta: :
 Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta diafísia da tíbia (E)

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: LC + DC + RFFI com HJM

REVISADO
SCIH-HIMA

Mariana Cavalcanti
Ondas de Ultrassom e Cirurgias
Medicina Especialista
CRM-PE 243175

Médico e CRM:

Givaldo Ferreira da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Plantonista Cirurgião Geral
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

05.802.49478-4
TRACÃO CORRÊA
DE SEGUROS LTDA

05/01/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
Jaguaribe - PE - CEP: 53.060-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 461564 Prontuário: 122174 SAME: 109060 Hora Atend: 22:47 Data Atend: 17/01/2019
Paciente..... : GIVALDO FERREIRA DA SILVA
Idade: 37 a
Endereço..... : QUADRA E VILA BOM TEMPO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/01/2019 Hora Saída : 23:16

Prestador da Evolução Médica:

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DIAGNOSTICO
ENF MAURUCEIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 Jan 2019
Rua da Aurora, 1117-5, SL 902 Bl. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
CIRURGIA GERAL

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: João de F. Ferreira Silva REG: 122174
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
17/01/12	# SOT #
22:56	Paciente com Freq. expir. de MIE pulmonar, com glóbulos Cruzados por traqueia Cruzados de Emergência
18/01/12	# SOT #
10:25	Ex. Pac. Op. Neleção Intensiva - Fase 2 Externa. As lesões são focos (C) e LC + DC De acordo com o relatório, o paciente está bem no momento (C) Al. Med. de P. de P. N. de P. de P. de P.
20/01/12	# SOT #
10:10	40. As mesmas Paciente segue estável, sem queixas Sem intercorrências Em uso de Omeprazol lab: 19/01 Hb: 11,3 Ht 32 Ao exame: RES, LOTE, expirado normocardico

Dx. Sormani de Carvalho Brito
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 10.339

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 Jan 2012
Rua da Aurora, 101 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

tec. 25, edema +/4+
fo. Impa e S. e S.
co: Bloco amarelo

Dr. João de F. Ferreira Silva
15/01/2012

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 54132

Paciente: 122174

Convênio Atend.: 1

Leito: 68

Dt. Início: 21/01/2019 18:00

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0002 SALA 02

GIVALDO FERREIRA DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-510-LEITO 002

Dt. Fim: 21/01/2019 20:50

Atendimento: 461585

Carteira:

Idade: 37 Anos 15 Dias 21 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe MédicaURGIAO
ANESTESISTA

15570 ROMERO MONTENEGRO NERY

11489 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: PO REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO EXTERNA LINEAR EM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE HIM BLOQUEADA

CIRURGIÃO: DR ROMERO NERY

1º AUXÍLIO: DR PEDRO CUNHA

2º AUXÍLIO: DR IGOR ALCENOR

ANESTESISTA: DRA CONCEIÇÃO

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
- DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
- ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
- PASSADO FIO GUIA APOS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
8. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 9, 10 E 11;
- COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 10 X 38;
- FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
11. LIMPEZA COM SF 0,9%;
12. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
13. CURATIVO ESTERIL;
14. CONTROLE COM RX;
15. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL E MIE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA05 100 7000
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PEDR(A): ROMERO MONTENEGRO NERY
CRM: 15570

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
IDADE: 37 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 17/01/19

REG: 122174

DATA DA ALTA: 23/1/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 17/01/19: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Marina Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM: 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN 2019

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

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



MIGUEL ARRAES

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

IDADE: 37 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 17/01/19

REG: 122174

DATA DA ALTA: 23/1/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 17/01/19: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 44973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

05 107 7119
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL
Jaboatão - CEP: 51.060-010

RECIFE-PE



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GIVALDO FERREIRA DA SILVA			8 - Nº Prontuário	122174
7 - Cartão Nacional do SUS	6 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708909182993149	06/07/1981	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ELZA GOMES DA SILVA			12 - Telefone de Contato	
			8198993910		
13 - Nome Responsável	POLLYANA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	QUADRA E VILA BOM TEMPO, 5 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	260620	PE	55900974		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR E FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NA PERNA ESQUERDA

21 - Condições que justificam a internação
INTERNO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RX - EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

S822

V213

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA

28 - Código do Procedimento
0408050225

30 - Caracter de Atendimento

CIRÚRGICA

31 - Documento

(X) CNIS () CPF

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

980910278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

17/01/2019

35 - Assinatura do Profissional Registrado no Conselho

Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 16.339

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBO
39 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

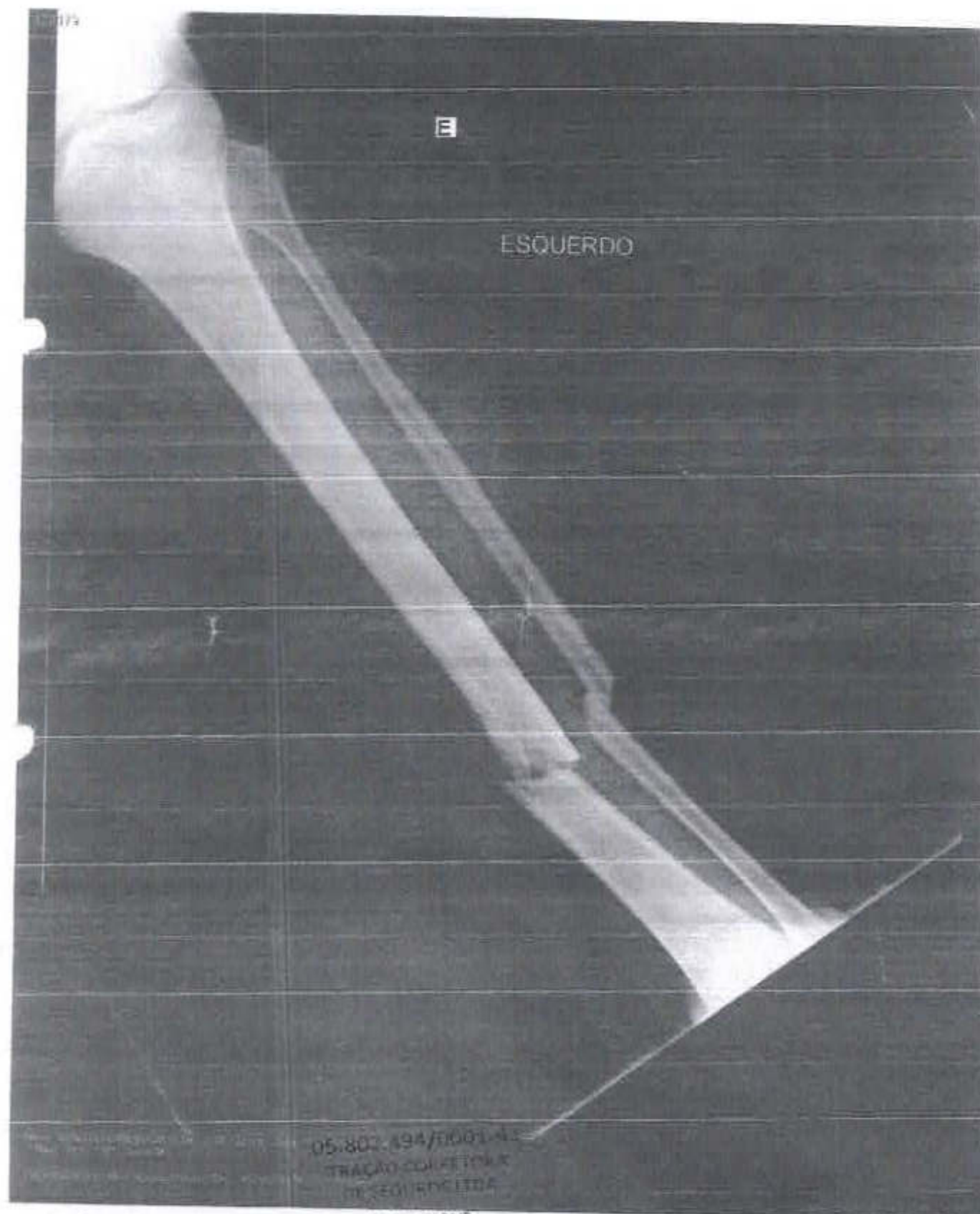
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Dr. Sormane de Carvalho Britto Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 16.339

AIH
261910213268-0

AIH
261910213269-1



Serviço de Imagem
Raios X
Tomografia
Ultrassonografia
Ecardiografia

Estrada da Fazendinha S/N, Jaqueiribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617
hma.ima.org.br



ESQUERDO

05.802.494/0001-47
TRACOP CONSULTORIA
DE SEGUROS LTDA
BLOC 001 5 0
Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL
MIGUEL ARRAS

PERNAMBUCO

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/01/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	17/01/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
Guilherme Ferreira da Silva			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
fratura do osso de pulso Esq (expansão)			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
limpeza e desbridamento cirúrgico com fixação externa da tibia e punho 18/01/19.			
osteossíntese com haste intramedular an 21/01/19. fisioterapia motora 30 sessões.			
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM	☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1° Dor, edema, distúrbio de força e ADM.
2° no joelho e tornozelo Esq. Atrofia
3° muscular de coxa e panturrilha
4° Perda funcional de 50% no membro
5° inferior Esquerda

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 11/06/19
 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: Boiana PE DATA: 11/06/19 ASSINATURA E CARIMBO: [Assinatura]

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA.

05 12 7 719
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

CAC-01



Givaldo Ferreira da Silva

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

7.064.048

14/12/2011

<< GIVALDO FERREIRA DA SILVA >>

<< GIVALDO FERREIRA DA SILVA >>

<< ELDA GOMES DA SILVA >>

GOIÂNIA - PE

06/07/1981

<< 170-6880135 1905 1 00022 135 >>

000058-22 GOIÂNIA - PE >>

048-521.704-01

ASSINATURA DO DIRETOR

LENY TIEDE J. GOMES

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05 em 9/19

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.050-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
FUNÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1019700386
VALIA TUDO
A TERCEROS NACIDADA

1019700386
PRIMEIRA PLASTIFICADA

NOME
LINA OTELIENE MARQUES DE CARVALHO

DOC. IDENTIFIC. (RG, CNH, etc.)
811719 RUA PE

CPF
052.522.726-65

DATA NASCIMENTO
01/11/1991

FUNÇÃO
MARCELO ANDRÉ ALBUQUERQUE
DE DE CARVALHO
FONTEA ALESTADNA
MARQUES ALBUQUERQUE

PERÍODO
01/01/2016

LOCAL
01/01/2016

DATA
18/03/2016

PROFISSIONAL
0400330020

PROFISSIONAL
08/01/2016

PROFISSIONAL
18/03/2016

Observações
sem observações

LOCAL
PAULEIRA - PE

DATA
18/01/2016

PROFISSIONAL
154400000000

PROFISSIONAL
154400000000

PROFISSIONAL
154400000000

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05/10/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462331 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/01/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, CICATRIZ EM FACE INFERIOR DA PATELA EM 4 CM, CICATRIZES COM PRESENÇA DE TECIDO HIPERTRÓFICO EM FACE MEDIAL DA PERNA, EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE E AUXÍLIO DE MULETA CANADENSE, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com seqüela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 7.064.040 CPF: 048.521.704-01
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO
Estado Civil: SOLTEIRO
End: Vila Recanto Bom Tempo, 06, QD A

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, N° 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima GIVALDO FERREIRA DA SILVA.

acidente: 17.01.2019
cobertura: Integridade

GOIANA / PE, 07 de MARÇO de 2019.

Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura por Autenticidade



Serviço Notarial e Registral do 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua De Vasconcelos, nº 100 - Fone: (51) 3091-1111 - Goiana - PE - e-mail: cartorio@cartoriope.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: GIVALDO FERREIRA DA SILVA,
Doutor em Goiana, 07/03/2019, Em testemunho 4 da verdade. A tabelê

Emol R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selos:
0077628 JOC02201901.00801 consulte autenticidade em www.tpe.juabzr/selodigital



Vilma Joaquim de Lima
Escrivente

05 802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 7.064.040 CPF: 048.521.704-01
Profissão: AUXILIAR DE PRODUÇÃO
Estado Civil: SOLTEIRO
End: Vila Ricardo com tempo, 06, Qd A, Centro, Goiana - PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima GIVALDO FERREIRA DA SILVA.

acidente: 17-01-2019
cobertura: Invalidez

Goiana / PE, 07 de MARÇO de 2019.



Givaldo Ferreira da Silva
Assinatura por Autenticidade

 Serviço Notarial e Registral do 8º Ofício/Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Soares nº 140, Boa Vista (55) 3022-0101 - 55 (0800) 111111 Goiana - PE - e-mail: cartorio@serviço8.com.br
Reconheço Por Autenticidade a firma de: GIVALDO FERREIRA DA SILVA
Do(a) Goiana, 07/03/2019, Em testemunho 4 da verdade. A tabela
Vilma Joaquim de Lima
Emol: R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selo:
0077628 JOC02201901.00801 consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

Vilma Joaquim de Lima
Escrivente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264983/19

Número do Sinistro: 3190462331

Vítima: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 048.521.704-01

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 17/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIVALDO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Procuração

GIVALDO FERREIRA DA SILVA : 048.521.704-01

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso