



Número: **0079779-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GERIVALDO DA SILVA (AUTOR)		DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73595676	15/01/2021 11:13	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106599

Vítima: JOSE GERIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 29/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GERIVALDO 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

Carta nº 15595662





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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106599

Vítima: JOSE GERIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 29/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GERIVALDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE GERIVALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 000983900353-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: 702.451.274-10 4 - Nome completo da vítima: JOSE GENIVALDO 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: JOSE GENIVALDO DA SILVA 6 - CPF: 702.451.274-10
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA STA LUZIA 9 - Número: 315 10 - Complemento:
11 - Bairro: MATAIZ DA LUZ 12 - Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54700-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-35744285

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0876 CONTA: 9839003530
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2093000075

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/03/2020** às **13:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **29/11/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, AVENIDA PAULO PETRIBU- TIUMA - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR \ AGENTE)
TEREZINHA BARROS DE SANTANA (OUTRO)
JOSE GERALDO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE GERALDO DA SILVA

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

JOSE GERALDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA Pai: GERALDO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 15/10/1996 Naturalidade: SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9254212/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 315, RUA SANTA LUZIA- MATRIZ DA LUZ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

TEREZINHA BARROS DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): TEREZINHA BARROS DE SANTANA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE GERALDO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não**



Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KID4258** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL, NO ENDEREÇO MENCIONADO, VEIO A CAIR DA MOTOCICLETA CITADA FORTEMENTE AO SOLO, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA E EM SEGUIDA PARA O HOF CONFORME ATENDIMENTO DE NUMERO 340718, CASO AFETO A DELEGACIA DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE.

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

x José Gerivaldo da Silva
JOSE GERIVALDO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**



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: 702.451.274-10 4 - Nome completo da vítima: JOSE GENIVALDO 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: JOSE GENIVALDO DA SILVA 6 - CPF: 702.451.274-10
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA STA LUZIA 9 - Número: 315 10 - Complemento:
11 - Bairro: MATAIZ DA LUZ 12 - Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54700-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-35744285

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0876 CONTA: 9839003530
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GERIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000983900353-0

Nr. da Autenticação 67300508C8AC5AB3



CNPJ 05.755.015/0001-44
 INSC. EST. Nº 15.100.000-4398-1
 AO LOURENÇO DA MATA PE 54735-790

DOCUMENTO
 Nº 4431/18

DADOS DO CLIENTE
 MARIA LUIZA DA SILVA MATRÍCULA: 34964637 Dez/2019
 R STA LUZIA, N. 00315 - MATRÍCULA DA LUZ SAO LOURENÇO DA MATA PE
 54700-000
 INSCRIÇÃO: 213.110.420.0194.200 DEB. AUTOMÁTICO: 034964637

SITUAÇÃO ÁGUA
 LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO
 POTENCIAL P.UBICA

HIDRÔMETRO
 A128359720 DATA LEIT. ANTERIOR
 22/11/2019 DATA LEIT. ATUAL
 22/11/2019 MÊS DE CONSUMO (MÊS)
 MEDIA HQ

ÁGUA:
 LEIT ANT: 50 CONSUMO: 8
 LEIT ATU: 50
 LEIT FAT: 50 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
 REFERÊNCIA CONSUMO

	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.324/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
11/2019 08	TURBIDEZ	10	10	9
10/2019 06	COR APARENTE	10	10	10
09/2019 03	CORO RESIDUAL	10	10	10
08/2019 08	COLIF. TOTAIS	10	10	10
07/2019 08	E. COLI	10	10	10
06/2019 06				
MEDIA: 08				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

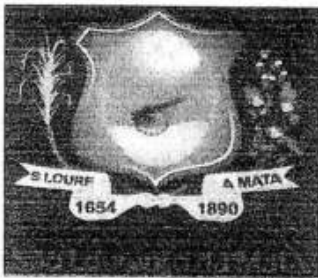
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	9,22
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,18
JUROS DE MORA 09/2019		0,10

BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
9,22	1,65	0,15
9,22	7,60	0,70

VENCIMENTO: 05/01/2020 TOTAL A PAGAR: 9,50

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANONIMOS.
 (81) 3221-3592/98476-3207



Declaração de Atendimento

Declara para os devidos fins que o(a) Sr^o(a) **José Gerivaldo da Silva**, portador do RG **9.254.212** e CPF **702.451.274-10**, Foi atendido pela unidade básica deste município, com o atendimento de nº **714.726**, vítima de acidente de trânsito em **29/11/2019**, sendo conduzido(a) a UPA SÃO LOURENÇO, em seguida sendo transferido ao Hospital Otávio de Freitas com senha 5826999.

São Lourenço da Mata - 10/01/2020

JOSÉ ROBERTO

DIRETOR DO SAMU MAT.: 206161

Dra. Gilvanete M. Souza Pinheiro
Enf. Sanitarista / Obstetra /
Saúde Mulher - Coren 387098

GILVANETE M^o SOUZA PINHEIRO

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM COREN 382.098



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: JOSE GENIVALDO DA SILVA IDADE: 23.

REGISTRO: 1080912. DATA: 29 / 11 / 19.

HDA: RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM
DOR EM COXA DIREITA.

EX. FÍSICO: EXAM - CURPIDEAD.

EX. COMPLEMENTARES: N-X.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Fratura de fêmur.
- 2.
- 3.

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Imobilização.

SENHA: 5826999. DESTINO: HOF.

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO SIM() NÃO()

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: / MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM 19547

HORA DA SAÍDA: / MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:





HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2


Data e hora retirada da senha: 29/11/2019 19:13

	Nome Paciente: JOSE GERIVALDO DA SILVA
	Cód. Paciente: 1101021
	Data de Nascimento: 15/10/1996
	Sexo: Masculino
	Idade: 23
	Senha: EA0066
	Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento: 3407118 
	SAME: 1101021

Período: 29/11/2019 19:17 - 29/11/2019 19:17

ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: REFERE AC. DE MOTO COM TRAUMA EM MI E MUITA SEDE. NEGA ALERGIAS/ VOMITO/ PERDA DE CONSCIENCIA.

Observação: COM RX

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA + *e. geral*

Acolhido(a) por: ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/11/2019 19:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 1101021

Religião:

CNS:

Nº: 0

Estado: PE

Celular:

Profissão:

HOF
Notificado pelo Nepi
02/11/19

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

[illegible]



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOSE GERIVALDO DA SILVA
Sexo: MASCULINO CNS:
Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA
Endereço: TRAVESSA JOAO TEIXEIRA, N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: SAO LOURENCO DA MATA - UF: PE
Idade: 23 Anos 1 Mês 14 Dias Nasc: 15/10/1996
Contatos: 81. 35177285 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 29/11/2019 19:13
Prontuário: 1101021
Nº. Atendimento: 3407118
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Admissão

Queixa Principal

DOR EM COXA DIR HA +-3H

História Clínica

VITIMA DE COLISAO MOTO X CAMINHAIO C TRAUMA EM COXA DIR E JOELHO ESQ. NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Exame Físico

AME: DOR EDEMA DEFORMIDADE EM COXA DIR

Observações

RAD JOELHO ESQ

Conduta

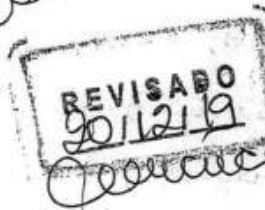
INTERNAMENTO HOSPITALAR P TTO CIRURGICO

MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA - CRM: Nº.11581

Data/Hora: 29/11/2019 - 19:33

Dr. Mauricio de Miranda Moreira
Ortopedia
Atendimento Trauma Emergência
Cirurgia 1201 1346

Ortoviés



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSE GERIVALDO DA SILVA		Nº DO REGISTRO: 1101021
CLINICO: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 33-02
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS		
1º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR/ DR PEDRO FARIAS		2º ASSISTENTE: DR HENRIQUE BARSÍ
INSTRUMENTADOR: BRUNA		ANESTESISTA: DR EMANOEL
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA		DURAÇÃO:
DATA DA OPERAÇÃO: 10/12/19	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. INCISÕES LATERAL EM COXA DIREITA
5. DIVULSAO POR PLANOS
6. REDUÇÃO ANATÔMICA CRUENTA DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO
7. FIXAÇÃO DA FRATURA DE FÊMUR DIREITO COM PLACA DCP 4,5 + PARAFUSOS COM COMPRESSÃO INTERFRAGMENTÁRIA PELA PLACA
8. COLOCAÇÃO DE DRENO
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO
11. À SRPA

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 PLACA DCP 4,5 08 PARAFUSOS CORTICAIS



#Enfermagem#

07/12 Paciente admitida do Bloco cirurg. Consciente
orientado, calma, eufórico, afebril, s/ ssvestíveis
segue aos cuidados do enf.

Thaís
CORREIA
3350
179-ENF

10/12 Paciente chega do bloco, consciente,
orientado, calma, normoc e
afebril, C/AVP e duro. Segue SIC

Thaís
CORREIA
3350
179-ENF

11/12/2019 às 09:20 Paciente C/ cirurg. prot. fêmur D, evolui
em 1º DPO, consciente, orientado, afebril, eufórico em
AA, normocorado, FO com M12 C/ dreno apresentando
baixa sanguinolenta em pouq. quantidade, AVP em MSE
funcionando, alimentação por VO aceita, evacuações corrente
há 3 dias, sem queixas no momento, nega alergias, higiení-
zado, medicado conforme o receito, orientado quanto
a mudança de decúbito, segue aos cuidados da equipe.

SpO₂ = 98% ; FC = 108 bpm.

Karolaine Rodrigues da Silva
Enf. Residente
COREN-PE 000.571.295

11/12/19 Paciente evolui com euf., consciente,
orientado, atencioso, C/ dreno, POI de fratura
do fêmur direito, C/ dreno occlusivo, com
dreno hemático, s/ ssv, com os curativos.

Dr. Eder Pires Barreto
Enfermeiro
COREN-PE 191790



VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nascimento
15/10/1996

Nome
JOSE GERALDO DA SILVA

Número
702.451.274-10

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTÉRIO DA FAZENDA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

15/10

JOSE GERALDO DA SILVA

CARTERA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
A3C2.E5B8.E504.D07C

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:29:07 do dia 11/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 9.254.212 DATA 15/08/2014

NOME
<< JOSÉ GERALDO DA SILVA >>

FILIAÇÃO
<< GERINALDO JOSÉ DA SILVA >>
<< MARIA LUIZA DA SILVA >>


NATURALIDADE
SÃO LOURENÇO DA MATA - PE 15/10/1996

DIG. CARTÃO << CN.7425 LA26 F.56 CART.3ºDIST.
SÃO LOURENÇO DA MATA-PE 23.05.1997 >>

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.118 DE 26/08/83 F-62 80.415 - 301



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084599/20

Vítima: JOSE GERIVALDO DA SILVA

CPF: 702.451.274-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GERIVALDO DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE GERIVALDO DA SILVA : 702.451.274-10

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: 09/03/2020
Nome: JOSE GERIVALDO DA SILVA
CPF: 702.451.274-10


JOSE GERIVALDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98


GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106599 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 29/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) 6
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106599 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 29/11/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) 6
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084599/20

Vítima: JOSE GERIVALDO DA SILVA

CPF: 702.451.274-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE GERIVALDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE GERIVALDO DA SILVA : 702.451.274-10

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: 09/03/2020
Nome: JOSE GERIVALDO DA SILVA
CPF: 702.451.274-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

JOSE GERIVALDO DA SILVA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

