



Número: **0071443-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO GOMES DA SILVA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74617034	04/02/2021 10:11	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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113033

Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICARDO GOMES 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 15614551





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, 27 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200113033

Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 08/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO GOMES 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: RICARDO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004025

Conta: 000001060118-8

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:

106.944.064-73

4 - Nome completo da vítima:

RICARDO GOMES 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:

RICARDO GOMES DA SILVA

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA G PASSOS GUERRA

6 - CPF:

106.944.064-73

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ARACÓJIBA

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

CASA = H

15 - E-mail:

ballbimespa@hotmail.com (81/999441109)

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.690-000

15 - Tel (DDD):

(81) 3538-0063

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANCA (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: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de indenização pelo Seguro DPVAT por invalidez permanente e não quero assinalar uma das opções:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 herdeiros (ou herdeiros)?

☐ 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 devido, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Araruama e Luperon 09/03/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



581548
0089545/20

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0123000258

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/02/2020 às 11:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/11/2019 às 19:50

Fato ocorrido no endereço: **RUA MARIA PÁSSOS GUERRA, PRÓXIMO AUSINA SÃO JOSÉ, IGARASSÚ-PE - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ARACOIABA, 1, RUA MARIA PÁSSOS GUERRA - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / PE-41, PRÓXIMO A USINA SÃO JOSÉ, IGARASSÚ-PE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RICARDO GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO GOMES DA SILVA

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

RICARDO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA Pai: JOSÉ GOMES SOBRINHO Data de Nascimento: **21/12/1997** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8391512/SDS/PE (RG), 10694406473 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 989591933**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ARACOIABA, 1, RUA MARIA GAIÃO PASSOS GUERRA, S/N, AVENIDA NOVA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ARACOIABA/PERNAMBUCO/BRASIL, AVENIDA NOVA**

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

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PEX5818** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O SENHOR RICARDO GOMES, QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NATURALMENTE QUANDO UM VEICULO TIPO CAMINHÃO VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA LIGOU O FAROL ALTO OFUSCANDO A SUA VISÃO, VINDO ESTE A PERDER O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIR AO SOLO JUNTAMENTE COM SUA MOTO, SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU, PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES NA CIDADE DE PAULISTA-PE, PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR O FATO.-----CASO AFETO A DELEGACIA DE ARASSOIABA-PE

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

RICARDO GOMES DA SILVA
RICARDO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

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



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:

106.944.064-73

4 - Nome completo da vítima:

RICARDO GOMES 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:

RICARDO GOMES DA SILVA

7 - Profissão:

AUX. PRODUÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA G PASSOS GUERRA

6 - CPF:

106.944.064-73

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

CASA = H

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

ARACÓJIBA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.690-000

15 - E-mail:

ballbimespa@hotmail.com (81/999441109)

16 - Tel (DDD):

(81) 3538-0063

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☒ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de indenização pelo Seguro DPVAT por invalidez permanente e não que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda 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 (ou 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 herdeiros (ou herdeiros)?

☐ 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Araruama e Luopeto 09/03/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Metropolitano Igarassu



Igarassu 10 de fevereiro de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, **RICARDO GOMES DA SILVA**, R.G Nº 8391512, C.P.F. Nº 106.944.064-73, residente e domiciliado na, Rua Maria Passos Guerra Nº S/N, Centro – Araçoiaba, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 08/11/2019 às 19h50min, ocorrência Nº S705689. Vítima de Acidente Moto, ocorrência ocorrido na PE41 S/N, próximo a Usina São José - Igarassu, o mesmo foi removido para o Hospital Miguel Arraes...


Melo Maria Brendão de Melo
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Dra. Rafaela Galvão de Souza
Coordenadora do SAMU Igarassu



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: 23/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO GOMES DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04025

CONTA: 000001060118-8

Nr. da Autenticação 9574F33F6B3D9EED



DADOS DO CLIENTE
JOSE GOMES SOBRINHO
RUA VILA NOVA
CNPJ: 06.874.046-34 INSC: 19298305811

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA G. PASSO GUERRA, 511 -

CENTRO ARACOMBA
ARACOMBA PE
5390-000

SAATCHI & SAATCHI
SAATCHI & SAATCHI
Monetika

4005528439 11/2019

28/12/2018 04/12/2018

447

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alcool 30 LITROS	30,00000000	0,58337891	5,18
Consumo Anticorrosão 10 KG x 30 LITROS	70,00000000	0,38133168	26,18
Consumo Arco superior x 133 ml 220 WATT	4,00000000	0,46889778	1,88
Atendimento Bandeira NAMRELA			0,01
Atendimento Bandeira VERMELHA			2,20
Contrato de Util. - Juiz de Fora Municipal			0,50
Multa por atraso NF 070000020 - 250000			0,80
União dos Municípios 01/00000000 - 20000000			0,31
PRE-ORÇANÇO - 001/00013.000016001/01/0000			0,00

TOTAL CAPIATURA

44.75

ÍDEO NOME	TPO DA PRCLO	ANTERIOR		ATUAL		ÍDEO NOM	CONTINENTE	AVALIA	COMPLA/VAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
111280	141	20/10/2015	15.140,37	21/10/2015	15.640,36	10	1,5000		1433

[illegible][illegible]

DCA/Parâmetro					TÉCNICA LACTO DE 100/100	
	TECNICA	LACTO	LACTO	LACTO	LACTO	LACTO
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ERC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PRC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DAP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - N.º 00931 - LOJA-5 - CENTRO
ABREU E LIMA PE 53525-790

FACILITADOR CLIENTE:
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 003006607-02/2019
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIPO ABREU E LIMA PE 53520-170
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO 103608607

TIPO DE AGUA	SITUAÇÃO DE COTA	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE COTAS	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
LIGADO	POTENCIAL					
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)			
A17524252	29/11/2019	30/12/2019	MÉDIA HD			

AGUA:
LEIT. ANT: 4 CONSUMO: 1
LEIT. ATU: 4
LEIT. FAT: 4 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	QTD	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIC. PORT.	ANÁLISES	ATENDEN	A LEGIS
11/2019	01		M5 2.914/11	REALIZ.	A	LEGIS
12/2019	01	TURBIDEZ	48	48	45	
09/2019	01	COR APARENTE	48	48	32	
08/2019	01	CLORO RESIDUAL	48	48	48	
07/2019	01	COLIF. TOTAIS	48	48	47	
06/2019	01	E. COLI	48	48	48	
MÉDIA:	01					

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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	1 HB	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 HB	64,84
CORTE 11/2019		9,02
RELIQUÍDUA 11/2019		9,02
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		2,10
JUROS DE MORA 09/2019 10/2019		2,02

QUANTIDADE	VALOR CALCULADO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
100	100,00	1,65	1,65
100	100,00	7,68	7,68

VENCIMENTO: 15/01/2020 TOTAL A PAGAR: 131,16

MENSAGEM:
PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOBOLICOS ANONIMOS
(81) 3021-3592/96476-3207





Seguradora

LÍDER

Sociedade Anônima de Seguros DPVAT

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0600 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ricardo Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.944.064-73 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Ricardo Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.944.064-73
conforme determinação da Circular Susep 445/12

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima 09 de Março de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada de senha: 08/11/2019 22:02



Nome Paciente: RICARDO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: 0037
Convênio:
Atendimento:
SAME:

CGT

: 08/11/2019 22:06 - 08/11/2019 22:09

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE IGARASSU VITIMADE CIDENTE DE MOTO, CAIU DE UM BARRANCO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MIE, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, PACIENTE ESTAVA DE CAPACETE.

Observação:

ENCAMINHADO DE IMEDIATO A SALA VERMELHA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ☒

Local

Enfermeiro

RECEBIDO
HMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/11/2019 22:09

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 503135

Data e Hora: 08/11/2019 22:18

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 131121 RICARDO GOMES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/12/1997

Idade: 21 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Nome do Pai: JOSE GOMES SOBRINHO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: AV NOVA

14

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ARACOIABA

CE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

QUEIXA DE VOTO, NECA POR AS DE CONSCIENTE
VOMITO, EXCELENTE

Exame Físico

FRATURA EXPOSTA Perna (E)
[Signature]

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

23-00

H OROPICIN

AD: FRATURA DO OSSO DA PERNA DA

do dorso e (fêmur); inicialmente estava
fratura de perna

e): INTUBA E CIRCULAT

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431689
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431689

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente		6 - N° Prontuário	
RICARDO GOMES DA SILVA		131121	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RegCor
700808453039582	21/12/1997	X 1	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		12 - Telefone da Consulta	
MARIA LUIZA DA SILVA		8199314203	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone da Consulta	
THIAGO			
15 - Endereço (Rua, N° Balço)			
AV NOVA, 14 - CENTRO			
16 - Município		17 - IBGE	18 - UF
ARACCIABA		230120	CE
		19 - CEP	62760000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Sinais e Sintomas Clínicos
2 - História do Paciente
3 - Exame Físico
4 - Exames Complementares
5 - Diagnóstico
6 - Tratamento
7 - Prognóstico
8 - Evolução
9 - Conclusão
10 - Recomendações
11 - Observações
12 - Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente

21 - Condições que justificam a internação	FRATURA EXPOSTA DE OSSO DA PERNA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	R5 - FRATURA DE PARTE DISTAL DA DIÁFISE DE TÍBIA E FÍBULA		
23 - Diagnóstico Principal / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	S822	V299	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	0408060600		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	5	001 CNS () CPF	204322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	06/11/2019	Dr. Icaro Mota de S. Pereira Ortopedia e Traumatologia	14501

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) - 20660

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete
37 - () Acidente Trabalho Típico	41 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / E
38 - () Acidente Trabalho Atípico		
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E280000001
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)
	Dr. Luciano Mota Traumatologia - Ortopedia CRM: 17.111

AIH
261910224221-8

AIH
261910224222-9

AIH
261910224223-0

AIH
261910224224-0



Aviso de Cirurgia : 80792
Paciente : 131121
Convênio Atend. : 1
Leito : 226
Dt. Início : 09/11/2019 00:30
Id Pré-Operatório : S822
Id Pós-Operatório : S822

Sala : 0002 SALA 02

RICARDO GOMES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - LEITO 001
Dt. Fim : 09/11/2019 01:10
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 503140
Carteira :
Idade : 21 Anos

Procedimento : 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio : 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia : 05 RAQUI ANESTESIA

Cirurgião 17460 JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
Anestesta 5759 MARIA DO CARMO GOMES VALENTE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ (GII)
CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA LINEAR
CIRURGIÃO: DR JARBAS SILVEIRA
1º AUXÍLIO: DR ICARO MÓLIM
ANESTESISTA: DRA MARIA DO CARMO VALENTE
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS EM MIE;
4. AMPLIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO DE PERNA ESQ ATRAVÉS DE INCISÃO DE FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQ DE CERCA DE 10CM;
AVAGEM MECANOCIRURGICA EXAUSTIVA COM SF0,9% + DEBRIDAMENTO + REGULARIZAÇÃO DE BORDAS DE PELE DE POSIÇÃO EM REGIÃO ANTERO-MEDIAL;
5. REDUÇÃO COM ALINHAMENTO DA FRATURA DA TIBIA E APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 4 PINOS DE SCHANZ 4,8 E DUAS BARRAS NA MESMA;
6. SUTURA DA FERIDA C/ NYLON;
7. CURATIVO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
17/12/19
CLAUDEIAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Icaro Molim de S. Pereira
Ortopedista e Traumatologista
CREMEPE 28560

DR(A) : JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM : 17460

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 61044 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 131121 RICARDO GOMES DA SILVA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 503140
Leito : 201 ORTO-503-LEITO 001 Carteira :
Dt. Início : 21/11/2019 14:20 Dt. Fim : 21/11/2019 15:04 Idade : 21 Anos
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIÃO 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: ABSCESSO EM PERNA ESQUERDA
CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO CIRURGICO + CULTURA
CIRURGIÃO: DR CRYSTIAN PEDROSA
1º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA SYLVIA VILELA
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POR ACESSO PREVIO EM FACE ANTERIOR DE 1/3 MEDIO DE PERNA ESQUERDA
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. REALIZADO COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
8. APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA FERIDA COM FIOS NYLON
9. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
11/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Ian Lacerda
CRM: 96.912.24
DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia: 61326 Sala: 0003 SALA 03
Paciente: 131121 RICARDO GOMES DA SILVA Atendimento: 503140
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 201 ORTO-503-LEITO 001 Idade: 21 Anos
Dt. Início: 04/12/2019 17:42 Dt. Fim: 04/12/2019 18:42
Cid Pré-Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO 15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO
STESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: DESICENCIA DE FERIDA OPERATÓRIA EM ÁREA DE EXPOSIÇÃO DE FRATURA NA PERNA ESQUERDA
PROCEDIMENTO: RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MUSCULAR HEMISOLEAR
CIRURGIÃO: DR HUGO FREITAS
AUXILIAR(ES): DR LIVIO COSTA E DR ICARO MÔLIM
INSTRUMENTADORA: GABRIELA MORAES
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA
ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

- 1- ANTISEPSIA DA PELE E APOSIÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS;
 - 2- DESBRIDAMENTO DE BORDAS DA FERIDA;
 - 3- MARCAÇÃO DO RETALHO HEMISOLEAR EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA;
 - 4- DISSECAÇÃO DO RETALHO, POR ABERTURA POR PLANOS SOBRE MARCAÇÃO PRÉVIA COM LÂMINA DE BISTURI E TESOURA;
 - 5- EVANTAMENTO DO MESMO E IDENTIFICAÇÃO DE SEU PEDÍCULO VASCULAR;
 - 6- POSICIONAMENTO DO RETALHO SOBRE O LEITO DO FERIMENTO A SER RECONSTRUÍDO, E FIXAÇÃO COM NYLON 3-0;
 - 7- CURATIVO DA ÁREA DOADORA COM: GASE A ATADURA;
 - 8- CURATIVO DA ÁREA RECEPTORA COM: ADAPTIC, GASE E ATADURA;
- A SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. HUGO FREITAS DE ARAUJO
Cirurgião / Instrumentador
CRM: 15483

17/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM: 15483

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 11/12/2019
Hora.: 09:11

Aviso de Cirurgia : 81500 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 131121 RICARDO GOMES DA SILVA Atendimento : 503140
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 201 ORTO-503-LEITO 001 Idade : 21 Anos
Dt. Inicio : 11/12/2019 08:10 Dt. Fim : 11/12/2019 09:00
Cid Pré-Operatório : S818 FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA PERNA
Cid Pós-Operatório : S818 FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Procedimento: 0401020029 ENXERTO DERM-EPIDERMICO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGAO 15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: ÁREA CRUENTA EM FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA (RETALHO MUSCULAR)
PROCEDIMENTO: ENXERTO DE PELE PARCIAL
ÁREA DOADORA: COXA ESQUERDA

CIRURGIÃO: DR HUGO
AUXILIAR(ES): DR PEDRO
INSTRUMENTADORA: REBECA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: MARIA DO CARMO
DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

- 1- ANTISEPSIA + CAMPOS
- 2- OBSERVADA ÁREA DE EXPOSIÇÃO DE MÚSCULO (RETALHO MUSCULAR) COM BOA VITALIDADE E SEM SINAIS DE INFECÇÃO OU NECROSE
- 3- RETIRADA DE ENXERTO DE PELE DA REGIÃO ANTERIOR DA COXA ESQ COM UTILIZAÇÃO DE FACA DE BLAIR
- 4- APOSIÇÃO DA PELE NA ÁREA RECEPTORA + FIXAÇÃO COM NYLON 4-0
CURATIVO DA ÁREA DOADORA COM ADAPTIC
CURATIVO DA ÁREA RECEPTORA COM CURATIVO "TIE OVER"

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
11/12/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM : 15483

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: RICARDO GOMES DA SILVA

NOME SOCIAL:

IDADE: 21 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 09/11/19

DATA NASC.: 21/12/97

REG:131121

DATA DA ALTA: 12/12/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA
- DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA COM PERDA DE COBERTURA CUTÂNEA EM PERNA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 09/11: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR LINEAR DE TÍBIA
- 21/11: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + CULTURA
- 04/12: RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MUSCULAR HEMISOLEAR EM PERNA ESQUERDA
- 11/12: ENXERTO DE PELE PARCIAL EM RETALHO DE PERNA ESQUERDA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR HUGO FREITAS (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 01 SEMANA;
- MANTER CURATIVO, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR, NÃO MOLHAR E NEM SUJAR O CURATIVO.
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- 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 OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL LIMPO.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Dr. Luciana Aleser
Traumatologia - Ortopedia

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **503140**

Usuário: **WESLEYPS**

DADOS DO PACIENTE

Paciente: RICARDO GOMES DA SILVA	Prontuário: 131121		
Idade: 21a 10m 18d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 21/12/1997
Profissão:	Escolaridade:	Telefone:	CEP: 52750000
R.G.: 8391512	C.P.F.:	14 - CENTRO	- ARACOIABA - CE
Endereço: AV NOVA			
Dados da Internação			
Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 08/11/2019 23:19		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEN	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO - LEITO 001	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Preço:	Numero:	17/12/19
Telefone:	Cidade:	Estado civil:
		CLAUDESON SOUSA
		PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12/12/19	Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: Bom	REVISÃO DE
Diagnóstico Principal.....: 1) Fer. exp. de crânio de 1cm de	2) GIB. DE 1cm de
Diagnóstico Secundário01.: 2) Fer. de abdome de 10 cm	3) GIB. DE 1cm de
Diagnóstico Secundário02.: 3) Fer. de 10 cm de 1cm de	4) GIB. DE 1cm de
Procedimento.....: 1) LC + TC + FG limon de 1cm	2) LC + TC + cultura
3) Rotação humeral	4) Exame de pulso em 1cm
RICARDO GOMES DA SILVA	Dr. Luciano Moser
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG
	Médico e CRM:

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 _____

RICARDO GOMES DA SILVA
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Ricardo Gomes da Silva REG: 131121
CLÍNICA: U3 ENFERMARIA: S03 LEITO: 01

DATA/HORA	#505H
17/11/19	110: Ex. aspirato de olhos da perna E
15:10	PO(09/11): LCT+D+RFE limpa em fíbula E
	Paciente estável, sem novas queixas. Apresenta
	redução de edema em perna E, com FO e trajetos
	de pinos limpos e secos.
	ECG, LOTE, impussão e afébril.
	CD: Aguarda cirurgia amanhã.
18/11/19	#505H
14:00	110: A mesma
	PO: O mesmo
	Paciente evolui estável
	eupneúico, consciente, potes
	FO SECRETIVA.
	CD: Aguardo nova cirurgia para
	DIA 21/12
19/11/19	#505H
13:30	110: A mesma
	PO: O mesmo
	EVOLUI BEM, estável, e-pneúico
	FO SECRETIVA
	CD: Aguarda cirurgia 21/12
20/11/19	#505H
6:10	110: A mesma
	PO: O mesmo
	Paciente evolui BEM, estável
	sem queixas
	CD: Aguarda cirurgia amanhã

21/11/19

#505H

19:00

Paciente submetido a procedimento cirúrgico sem intercorrências. A M

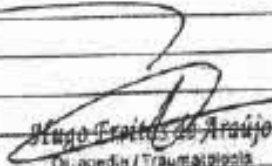
Dr. Luciano Moser





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Aluísio Gomes de Siqueira Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	18/12/19
	# Cirurgia de Mão
	# Exame dos Anos de Prém. (08/12/19)
	# Data de Trabalho Social (2ª Semana de P.O)
	Paciente inclui com ideias suicidas
	Exame: Exame físico
	at: Alta da residência
	 Hugo Freitas de Araújo Ortopedia / Traumatologia Cirurgia de Mão / Microcirurgia CREMEP 15487



Atendimento: 503140

Dt Atendimento: 08/11/2019 - 23:19

Dt Alta: 12/12/2019 - 16:47

Paciente: 131121 RICARDO GOMES DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 201. ORTO-503-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MANOELASTC

CID:

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

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 503135 Prontuário: 131121 SAME: 117727 Hora Atend: 22:18 Data Atend: 08/11/2019
Paciente..... : RICARDO GOMES DA SILVA Idade: 21 a
Endereço..... : AV NOVA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : ARACOIABA UF.: CE CEP: 62750000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários.:
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/11/2019 Hora Saída : 23:18

Prestador da Evolução Médica: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA / 14501
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 055676 Série 000104

**RICARDO GOMES DA
SILVA**
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome **RICARDO GOMES DA SILVA**
Lug. Nasc. **OLINDA** Est. **PE** Data **27/12/93**
Filiação **JOSE GOMES SOBRINHO e MARIA LUÍZA DA SILVA**
Doc. Nº **RG-8.394.1513-5DS-PE**

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº
Exp. em Estado
Data Expiração **05/01/16** SRT **MTENAR-AGE-DA-MATA-16**

Assinatura do Fundador





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **106.944.064-73**

Nome: **RICARDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **21/12/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/06/2010**

Dígito Verificador: **00**

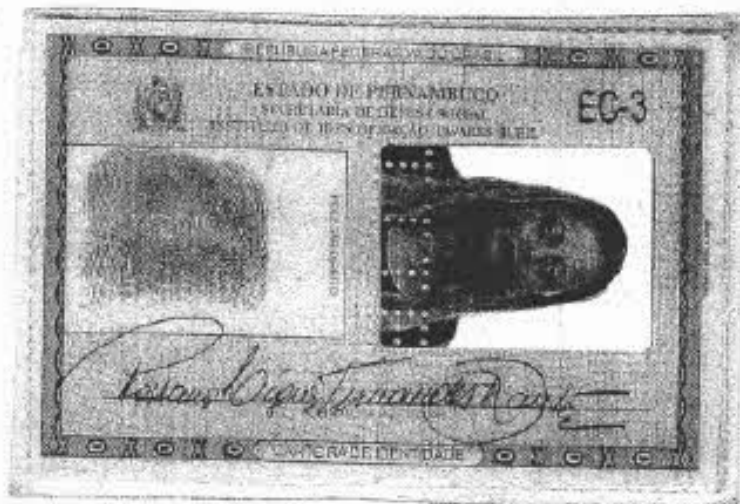
Comprovante emitido às: **19:45:15** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8127.B53D.CBFF.0A1A**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





DETRAN - PE

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

DESCRIÇÃO

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VOLUNTARIEDADE

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATORIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DETRAN - PE

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

DESCRIÇÃO

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VOLUNTARIEDADE

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATORIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014667393595

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA 342867470 **DATA** 2019

RICARDO GOMES DA SILVA

ARACOIARA - PE

106.540.009-12

002X0160855-12

VEICULO HONDA/CG 150 TITAN ESD **ANO** 2011 **ANO** 2011

22/149CL **PARTE** KRETA

19VR 2019 QUITADO

SEM RESERVA

Aracoiara - PE **09/05/19**

Roberto Carlos Moreira Fontelles

PE Nº 014667393595

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RICARDO GOMES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERDE

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguredorider.com.br

SAC DPVAT 0800 023 1204

ARACOIARA - PE

106.540.009-12

002X0160855-12

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011

PREMIO TARIFARIO

FGS 36.05 **CONTRATANTE 4.01** **PREMIO DO SEGURO 40.06**

4.15 **0.22** **44.26**

SEM RESERVA

09/02/19

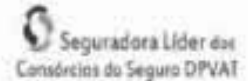
SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.348.908/0001-00

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DO SEGURO DPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089545/20
Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA
CPF: 106.944.064-73
Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/11/2019
Titular do CPF: RICARDO GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

RICARDO GOMES DA SILVA : 106.944.064-73

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: 12/03/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200113033 Cidade: Igarassu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA Data do acidente: 08/11/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: P4/8_CIRURGIA.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: RICARDO GOMES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUX. PRODUÇÃO
Identidade: 8.391.512 SDS/PE CPF: 106.944.064-73
Endereço: RUA MARIA G PASSO GUERRA SN, RUA VILA NOVA, CENTRO, ARAJOIABA/PE. CEP 53.690-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 08/11/2019, cobertura INVALIDEZ, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ARAJOIABA/PE EM 17/12/2019
Local e data

Ricardo Gomes da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
Rua Manoel Camaró, 37 - Centro - Arajoia-PE. CEP 53.690-000
José Uchôa Cavalcanti - Titular / Jamisson Cavalcanti - Substituto
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Ricardo Gomes da Silva
lançada no livro presente, no dia
Aracajá, 17 de dezembro de 2019.
Em testemunho da verdade.
Jamisson Cavalcanti (1º Substituto)
Valor Total R\$ 4,91 Válido somente com o selo
0077268.TMP2226.901.00757



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200113033 Cidade: Igarassu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO GOMES DA SILVA Data do acidente: 08/11/2019 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: P4/8_CIRURGIA.

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

