



Número: **0038283-60.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68311 167	21/09/2020 17:25	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200281379 Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

**Data do Acidente: 20/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JUAO VICTOR CORREA DE FREITAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16017163



230 00325/00326 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211725369200000066999091>  
Número do documento: 2009211725369200000066999091

Núm. 68311167 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200281379 Vítima: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

**Data do Acidente:** 20/02/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007376

Conta: 0000025110-9

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

709.210.194-43

4 - Nome completo da vítima:

Mauro Victor Correa de Freitas

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

5 - Nome completo:

Mauro Victor Correa de Freitas

6 - CPF:

709.210.194-43

7 - Profissão:

corredor

8 - Endereço:

Rua Setenta e Quatro

9 - Número:

116

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jardim Paulista

12 - Cidade:

Paulista

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53.409-150

15 - E-mail:

(81)997140011

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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:

RECUZO 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. Ativale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 7376

CONTA: 25310 9

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

## 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 (bebê morto)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 259 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data:

Paulista 05 de agosto de 2020  
Mauro Victor Correa de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2 of 2

03/03/2020 10:07



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -  
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0118002039**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/03/2020 às 10:42

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
que aconteceu no dia 20/2/2020 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1, ROD. BR. 191 - JARDIM PAULISTA - PAULISTA - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA DESCIDA PARA JARDIM PAULISTA  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
KAROLINA MAYARA FARIA FERNANDES (OUTRO )  
JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: DANIELLE RODRIGUES CORREA Data de Nascimento: 14/1/1998 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: COBRADOR Telefones Celulares:  
- 888832281

Endereço Residencial: BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 146, RUA 64, N. 146 - JARDIM PAULISTA BAIXO - PAULISTA - CEP: 55888-088 - Bairro: JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**KAROLINA MAYARA FARIA FERNANDES** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mão: KÁTIA MARIA FARIA DE LIMA FERNANDES Pai: MAURO GERALDO BARBOSA FERNANDES Data de Nascimento: 8/4/1998 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SECRETARIA(D) Telefones Celulares:  
- 984873611



## Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/mvl/Desktop/xml/BOEPreview.html

Endereço Residencial: BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN I (BAIRRO), 86, RUA SALDA, N. 86  
- ARTHUR LUNDGREN I - PAULISTA - CEP: 55999-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN I -  
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**VEÍCULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QCATZ214** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

ALEGA O QUEIXOSO, QUE NO DIA 29/02/20, POR VOLTA DAS 15:00 HORAS, TRAFEGAVA NA ROD. BR 101, SENTIDO PAULISTA, EGRESSO DO TRABALHO, QUANDO NA ENTRADA QUE DÁ ACESSO A JARDIM PAULISTA, O VEÍCULO FIAT UNO CINZA, DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE SEGUIA EM SUA FREnte, FREILO BRUSCAMENTE, OBRIGANDO O MESMO A TENTAR DESVIAR, CAUSANDO SUA Queda, QUE ACIONOU O SAMU E M O MESMO NÃO CHEGOU, QUE LEVANTOU-SE PEGOU SUA MOTO E FOI PRA CASA., QUE LÁ CHEGANDO, FOI SOCORRIDO PELA SUA GENITORA, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, SENDO ATENDIDO PELO DR. LEONARDO OLIVEIRA, CRM N. 8286, ONDE APÓS EXAMES DE IMAGENS, FOI CONSTATADO FRATURA DO UMERO PROXIMAL DIREITO, QUE DE LÁ FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA.  
DIANTE DO EXPOSTO, FAZ CIÊNCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIAL.

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

**JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**  
(VITIMA)

**KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES**  
(OUTRO)

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3848841**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: <b>709.210.194-43</b> 3 - CPF da vítima: <b>709.210.194-43</b> 4 - Nome completo da vítima: <b>Mauro Victor Correa de Freitas</b> <small>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012</small> 5 - Nome completo: <b>Mauro Victor Correa de Freitas</b> 6 - CPF: <b>709.210.194-43</b> 7 - Profissão: <b>corredor</b> 8 - Endereço: <b>Rua Setenta e Quatro</b> 9 - Número: <b>116</b> 10 - Complemento: 11 - Bairro: <b>Jardim Paulista</b> 12 - Cidade: <b>Paulista</b> 13 - Estado: <b>PE</b> 14 - CEP: <b>53.409-150</b> 15 - E-mail: <b>(81)997140011</b> 16 - Tel (DDD): <b>(81)997140011</b>																																																				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00																																												
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00																																																			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00																																																			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">           22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> 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:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.         </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           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.         </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</td> </tr> <tr> <td colspan="4">         23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>26 - Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> 30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 259 do Código Penal.       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         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)       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         38 - 1º   Nome: _____          CPF: _____          Assinatura da testemunha       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         39 - 2º   Nome: _____          CPF: _____          Assinatura da testemunha       </td> </tr> <tr> <td colspan="4">         40 - Local e Data: <b>Paulista 05 de agosto de 2020</b>          41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Mauro Victor Correa de Freitas</b>          43 - Assinatura do Procurador (se houver)       </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>		Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.		Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.		DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:				25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>26 - Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> 30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 259 do Código Penal.				34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)				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 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				40 - Local e Data: <b>Paulista 05 de agosto de 2020</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Mauro Victor Correa de Freitas</b> 43 - Assinatura do Procurador (se houver)			
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)																																																				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>																																																					
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.																																																					
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.																																																					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE																																																					
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:																																																					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>26 - Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:																																																					
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> 30 - Vítima deixou nascituro (bebê morto)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																					
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 259 do Código Penal.																																																					
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)																																																					
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 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha																																																					
39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha																																																					
40 - Local e Data: <b>Paulista 05 de agosto de 2020</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <b>Mauro Victor Correa de Freitas</b> 43 - Assinatura do Procurador (se houver)																																																					

Digitalizada com CamScanner



# ITAU - 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: 18/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07376

CONTA: 000000025110-9

---

Autenticação:

21A806A771B86EF61EACCFA96C3C219EB3D13BB42E96F0E510C56D368B2D2F0F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117253692000000066999091>  
Número do documento: 20092117253692000000066999091

Num. 68311167 - Pág. 7

**Dados do Cliente**

DANIELLE RODRIGUES CORREIA  
PROX A PADARIA PAN GOMES -  
RUA SESSENTA E QUATRO 146 -  
LOTE 16 -  
JARDIM PAULISTA/NAVARRO -  
53409-150 PAULISTA PE -

**Atendimento ao Cliente**

CELPE - 116

Atendimento 24 horas.

ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1446878416

**Via para Pagamento  
Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica**

Conta Contrato	Nº da Nota Fiscal
007034284142	117627879
Período de Fornecimento	Data da Nota Fiscal
23/06/2020 a 24/07/2020	24/07/2020
Valor Nota Fiscal (R\$)	Data de Vencimento
R\$ 233,66	11/08/2020

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	Agência/Cd. Cedente	Espécie	Quantidade	Valor do Documento	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso	(+) Outros acréscimos	Ficha de Caixa	Autenticação Mecânica			
Nosso Número	Nº do Documento	Valor Cobrado					
28074600111514926	0345301144	R\$ 233,66					

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Alíquota: 25,00 Valor do Imposto: R\$ 50,49

Destaque aqui



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117253692000000066999091>  
Número do documento: 20092117253692000000066999091

Num. 68311167 - Pág. 8



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA  
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 14 de Julho de 2020.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos que na ficha do atendimento n°1595381, onde se lê o nome do paciente JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS, leia-se **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**. Informamos que o que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do RG: 9.634.645.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA  
*Milena Moura*  
Coordenadora Geral

**FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR**  
**UPA OLINDA**

RODOVIA PE 15, S/N  
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE  
FONE: 3184-4303



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211725369200000066999091>  
Número do documento: 2009211725369200000066999091

Num. 68311167 - Pág. 9

**IJPA 24 HORAS - OLINDA**Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 15:52**PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

	Nome Paciente:	JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	22
	Senha:	0129
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 20/02/2020 16:37 - 20/02/2020 16:38

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA MSD + MMII HOJE

Observação:

ALERG -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

iscriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 16:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117253692000000066999091>  
Número do documento: 20092117253692000000066999091

Num. 68311167 - Pág. 10

Atendimento: 1595381

Data e Hora: 20/02/2020 16:41

Senha da Classificação:

0123

Paciente: 536731 JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/01/1998 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: DANIELLE RODRIGUES CORREA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA SESSENTA E QUATRO

- 146

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA PE

Cep: 53409150

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88532381

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Queixa Principal

Alguns queixas + náuseas ausência de humor e curva  
de humor nos primeiros dias de convalescência.  
2 queixas de dor e outros sintomas devido a perna  
má no lado.

## Exame Físico

dor. comum e leves 1 mm

## Hipótese Diagnóstico

osteite 607010600001

fratura de um osso proximal de braço.

## Conduta Terapêutica

SOLICITAR

Luis F. de L. Silva  
CONCEPCIONAL 201-76

## Prescrição Médica

MP: CEFERON 1000MG 100CP  
DE 1000 → 1 FA 1000 6x100.

SOLU AMARELO - DENTES SENSITIVE

COPRIFLAM

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

HHA

Senha:

1595381  
Carimbo Médico  
Ortopedista 23136  
2009211725369200000066999091



1595381

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO VICTOR CORREIA DE FREITAS

DATA NASC.: 14/01/98

NOME SOCIAL:

REG:134505

IDADE: 22 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO: 21/02/20

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITA

### TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/02/20 RAFI COM AMARRILHA E PARAFUSOS

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO I SEGUNDAS AS SEXTAS-FEIRAS) DR. TIAGO NOGUEIRA ÁS SEXTAS FEIRAS 12HS; RETORNO NÃO EXCEDER 30 DIAS
- CURATIVO DIÁRIO
- MANTER TIPOIA E MEXER DEDOS DA MÃO/PUNHO /COTOVELO DE MEMBRO SUPERIOR OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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 PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### EXAME FÍSICO:

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

FERIDA OPERATÓRIA: COM CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL, LIMPO, DE BOM ASPECTO.

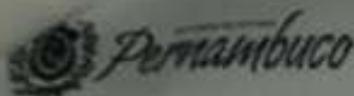
MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM( ) NÃO( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:  
*João Victor de Melo Júnior*  
*Melhor*  
*CRM-PE 7.725*

### ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, 5/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOÃO VITOR CORREIA DE FREITAS

DATA DE NASC.: 14/01/1998

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 134505

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
21/02/2020	
10:27	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ UM DIA, COM CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE), EVOLUINDO COM DOR E EDEMA NO LOCAL. NEGA COMORBIDADES OU ALÉRGIAS.
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NDN
	MEDICAÇÕES DE USO: NDN
	EXAME FÍSICO: EGB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. APRESENTA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO ATIVA DE OMBRO DIREITO, SEM BLOQUEIOS À MOBILIZAÇÃO PASSIVA, COM NVC PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA EVIDENCIAM FRATURA DA GRANDE TUBEROSIDADE DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO
	CONDUTA: ORIENTADO POR DR. TIAGO MOURA. INTERNAMENTO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO SOLICITO LAB PRÉ-OP
	<i>Notas - lota</i> <i>14h, Dr. S. Melo</i> <i>fratura ferida fechada</i> <i>MSD = NVA</i> <i>23/02/2020</i> <i>10:27h</i> <i>HD. A intmco</i> <i>CONSULTOR: Dr. Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> <i>CD: avançada Prognose ruim</i> <i>Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> <i>OPM-17-705</i>



Aviso de Cirurgia: 63170	Sala: 0002	SALA 02
Paciente: 134505	JOAO VICTOR CORRÊA DE FREITAS	Abandono: 515442
Convênio Atend.: 1	SUS - INTERNACAO	Cartera:
Leito: 283	ORTO-503-LEITO 003	Idade: 22 Anos
Dt. Início: 28/02/2020 14:00	Dt. Fim: 28/02/2020 15:29	
Cid Pre-Operatório: S422	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO	
Cid Pos-Operatório: S422	FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO	
Procedimento: 0408020334	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO (PRINCIPAL)	
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO	
Anestesia:		

CIRURGIAO: 19865 TIAGO CERQUEIRA LIMA NOGUEIRA  
ANESTESISTA: 5083 GRAÇA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

#### Descrição:

##### Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE UMERO PROXIMAL D.  
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM AMARRILHA E PARAFUSOS  
CIRURGIAO: DR. TIAGO NOGUEIRA  
Pº AUXÍLIO: DR. IAN LACERDA  
ANESTESISTA: DRA GRAÇA COUTO  
ANESTESIA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO

##### RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DE "CADEIRA DE PRAIA"
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MSD.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM SULCO DELTO-PEITORAL D
5. DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS ATÉ FOCO DE FRATURA
6. REDUÇÃO DA FRATURA
7. MONTAGEM DE AMARRILHAS COM REISERÇÃO DO MANGUITO ROTADOR
8. APOSIÇÃO DE 2 PARAFUSOS ESPOONJOSOS COM ARRUELAS
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. CHECADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. SUTURA POR PLANOS.
12. CURATIVO.
13. OBSERVADA BOA PERPUSÃO DISTAL.

##### Sangue e Derivados:

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

Qd. Solicitada

2

DR. DA LACERDA  
DR. G. COUTO  
DR. M. RIBEIRO

##### Achados Cirúrgicos:

##### Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( ) SENHA 5881993

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Flávia Daniela Rodrigues Corrêa Idade: 22  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: Mae Fone: (81) 9911-1111  
 Endereço Residencial: Rua das Flores, 123 - Centro Bairro: Centro  
 Cidade: Paulista - PE

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
 Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
 Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )  
 Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
 Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
 Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
 Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
 Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
 Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
 Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
 Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Quando de ontem dia 01/09/2020  
Recomendação para exames e/ou procedimentos:

Hipótese Diagnóstica: Fratura de úmero proximal direito

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
 Vias Aéreas: FR: \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gémido/Estridor: S( ) N( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada( ) Bulhas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filitiforme ( ) Fino ( )  
 Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cyanose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
 < 1 ano 30-50  
 Crianças 20-30  
 Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
 < 1 ano 90-140  
 Criança 80-110  
 Adulto 60-100





# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 23:01

Nome Paciente:	JOAO VITOR CORREIA DE FREITAS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	14/01/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	0031
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

: 20/02/2020 23:16 - 20/02/2020 23:18

ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PC ENCAMINHADO UPA DE PAULISTA COM SENHA 5887993 COM HD: FRATURA UMERO PROXIMAL D, APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ APROX 7 HORAS

Observação:

NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS/ HAS/ DM

-luxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 131.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 49.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 35.40 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Local: Sim ( ) Não (x)  
Enfermeiro: Letícia Souza  
COREN-PE: 445779

REVISTO  
HOSPITAL  
MIGUEL  
ARRAES

Acolhido(a) por: ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 23:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N  
Igarapé - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **518442**

Usuário: ALESSANDRA/PF

### DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS			Prontuário:	134505
Idade:	22x 1m 70	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Data de Nascimento:	14/01/1998
R.G.:	C.P.F.: 70421019441			Telefone:	CEP 53407730
Endereço:	RUA CENTO E SESSENTA E QUATRO , 146 - JARDIM PAULISTA			- PAULISTA - PE	
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Dados da Internação	
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Data e Hora da Internação:	21/02/2020 16:27
Unidade Internação:	3 AND - ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA 4 LEITOS
Médico Internação:	FLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	ORTO-503-LEITO 004

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	<i>ESTURNO 0990</i>
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/02/2020 Hora da Alta: 12:00

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: FATOSO LIGADO VERSO B

Diagnóstico Secundário01.: REVISAO DENTAL

Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HMP

Procedimento.....: RAFI ANASSESI + PROSTÓSIS

*João Marcelo Xavier*  
Médico  
CRM-17626 e CRM:

*Danielle Cordeiro Silveira*  
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, anestesias, 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 \_\_\_\_\_

*X João Victor Pe de Freitas*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURGI

EC-9



Jooao Victor E. da Fonseca

NATURAÇÃO FÍSICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117253692000000066999091>  
Número do documento: 20092117253692000000066999091

Num. 68311167 - Pág. 19

VALIDAEM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.634.645

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

29/06/2016

NOME

<< JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO BEZERRA DE FREITAS NETO >>  
<< DANIELLE RODRIGUES CORREA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/01/1998

DOC. ORIGEM

<< CN 10677 L 26 F 249 CART 40DIST  
PAULISTA PE 26.01.1998 >>

CPF

704.210.194-41

Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior  
Assinatura digital

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1516460723006131214.6913416



## RECOBRO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	<b>Paulo Victor Correa de Freitas</b>
Data do acidente:	<b>20/10/21/2020</b>
Portador da documentação:	
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador:	<b>Residencial Rua 101, 1998</b>
Número:	
Cidade:	
UF:	
CEP:	
Bairro:	
Email:	

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- CPF da vítima (cópia simples e legível)
- Laudo do IML (cópia simples e legível)
- Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
  - CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
  - Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (páis ou tutor)

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
  - CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
  - Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (páis ou tutor)
- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
- VALORES DE INDENIZAÇÕES:**
- Morte = R\$ 13.500,00
- Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00
- Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)
- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
  - Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
  - Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800-022.12.04 / Das 8h às 20h

### PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	<b>Paulista 05 de agosto 2020</b>
Identidade:	
Assinatura:	

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200281379      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS      **Data do acidente:** 20/02/2020      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM AMARILHA E PARAFUSOS). PÁG 6/10  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220855/20

**Vítima:** JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

**CPF:** 704.210.194-41

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/02/2020

**Titular do CPF:** JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS : 704.210.194-41**

- 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](http://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: 07/08/2020  
Nome: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS  
CPF: 704.210.194-41

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/08/2020  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/09/2020 17:25:36  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092117253692000000066999091>  
Número do documento: 20092117253692000000066999091

Num. 68311167 - Pág. 23