



Número: **0068156-08.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDIVALDO DA SILVA (AUTOR)		CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72247579	09/12/2020 11:42	<a href="#">ANEXO 1</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, 28 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401816

Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDIVALDO 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 14503974

Pag. 01645/01646 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 15 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190401816**

**Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/04/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050968



Carta nº 14567805





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, 01 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190401816**

**Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/04/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE EDIVALDO DA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JOSE EDIVALDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000290-9**

Conta: **000002922592-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401816 Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDIVALDO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01621/01622 - carta\_09 - INVALIDEZ

00010811



Carta nº 14758600





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE EDIVALDO DASILVA  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2763929 EXPEDIDO POR SSP PE EM 28/11/2016  
CPF 3980273304006 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO fiscal  
E RENDA MENSAL DE R\$ 181,54 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 292252-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 04 de Julho de 2017

LOCAL E DATA

[Assinatura]  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

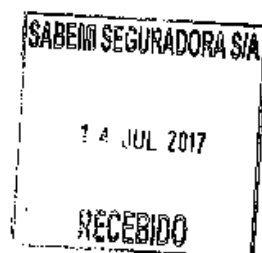
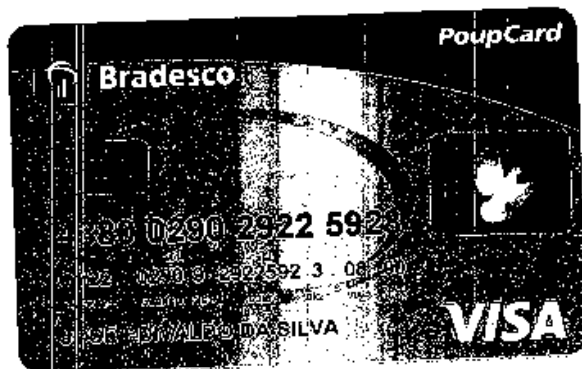


**ATENÇÃO**

14 JUL 2017

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$15.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o 0800-0221204.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Edivaldo da Silva, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob o nº 399.241.304-06 residente e domiciliado na Ita Nacional Cidade Salvador Estado PE, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

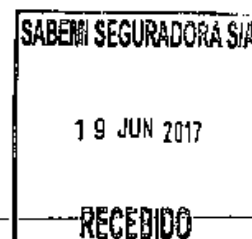
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Edivaldo da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação.

Recife 16-06-2017

Local e data



PREFEITURA DE CAMARAGIBE  
SAMU 192 – Base Camaragibe  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente José Edivaldo da Silva, RG. 2763929 SSP-PE, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 10 de abril 2017, vítima de queda de moto, na Rua Barão Paranaíba S/N, no Município Camaragibe - PE, removido para Hospital de Fraturas do HAPI Vida, e gerada a ocorrência de N°. S. 318623.

Camaragibe, 11 de abril de 2017.

  
Glenda Sheila  
Enfermeira  
COREN 399100

Glenda Sheila de Melo Falcão

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192  
Base Descentralizada Camaragibe

Recebido 01 cópia de igual teor, data: 11 de abril de 2017.

Assinatura: Daniel José da Silva

Rua Pio XII, Nº 555, Barro Novo, Camaragibe-PE. CEP 54762-620  
Fone: (81) 3458-6834



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE EDIVALDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00290-9

CONTA: 000002922592-3

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2907201905000000000023700290000002922592236250 PAGO





ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR PARA TORNAR-SE  
 Lícito em carimbo de vendas autorizadas pelo CREA  
 sobre o concurso, para sua segurança, somente  
 para receber o prêmio e de 90 dias.  
 Confirma os dados cadastrais  
 ATENDIMENTO: RUA UNIAZ, 122  
 PE 50791-88

01-64  
 1.0014398-2  
 TO RECIFE

DADOS DO CLIENTE JOSE EDIVALDO DA SILVA		MATRÍCULA: 56471901		Fev/2019																																																																									
1TV NACIONAL, N. 00173 - - CURADO IV JABOATÃO DOS GUARARAPES																																																																													
PE 54270-171																																																																													
INSCRIÇÃO: 342.428.040.0148.000 GRUPO: 14 DEB. AUTOMÁTICO: 056471901																																																																													
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA																																																																									
HIDRÔMETRO A165406741	DATA LEIT. ANTERIOR 08/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL																																																																										
<p>ÁGUA:</p> <p>LEIT. ANT: 342 CONSUMO: 9</p> <p>LEIT. ATU: 351</p> <p>LEIT. FAT: 351</p> <p>HISTÓRICO DE CONSUMO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>REFERÊNCIA</th> <th>CONSUMO</th> <th>PARAMETROS</th> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANÁLISES REALIZ.</th> <th>ATENDEN A LEGIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/2019</td> <td>08</td> <td>TURBIDEZ</td> <td>131</td> <td>110</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>12/2018</td> <td>08</td> <td>COR APARENTE</td> <td>131</td> <td>110</td> <td>101</td> </tr> <tr> <td>11/2018</td> <td>07</td> <td>CLORO RESIDUAL</td> <td>131</td> <td>110</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>10/2018</td> <td>09</td> <td>COLIF. TOTAIS</td> <td>131</td> <td>110</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td>09/2018</td> <td>09</td> <td>E. COLI</td> <td>131</td> <td>110</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>08/2018</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIA:</td> <td>09</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Qualidade de Água: www.compesa.com.br</p> <p>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</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONSUMO DE ÁGUA</td> <td>9 M3</td> <td>41,30</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TRIBUTOS</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PIS</td> <td>41,30</td> <td>1,65</td> <td>0,68</td> </tr> <tr> <td>COFINS</td> <td>41,30</td> <td>7,60</td> <td>3,14</td> </tr> </tbody> </table>						REFERÊNCIA	CONSUMO	PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS	01/2019	08	TURBIDEZ	131	110	110	12/2018	08	COR APARENTE	131	110	101	11/2018	07	CLORO RESIDUAL	131	110	110	10/2018	09	COLIF. TOTAIS	131	110	106	09/2018	09	E. COLI	131	110	110	08/2018	12					MEDIA:	09					DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)	ÁGUA			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	41,30	TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PIS	41,30	1,65	0,68	COFINS	41,30	7,60	3,14
REFERÊNCIA	CONSUMO	PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS																																																																								
01/2019	08	TURBIDEZ	131	110	110																																																																								
12/2018	08	COR APARENTE	131	110	101																																																																								
11/2018	07	CLORO RESIDUAL	131	110	110																																																																								
10/2018	09	COLIF. TOTAIS	131	110	106																																																																								
09/2018	09	E. COLI	131	110	110																																																																								
08/2018	12																																																																												
MEDIA:	09																																																																												
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)																																																																											
ÁGUA																																																																													
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																																													
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	41,30																																																																											
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																																																																										
PIS	41,30	1,65	0,68																																																																										
COFINS	41,30	7,60	3,14																																																																										

VENCIMENTO: 20/03/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2018, EXCETO  
 SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

EXCELSIOR SEGUROS  
 28 JUN. 2019  
 SEGURO DPVAT



## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE EDIVALDO DA SILVA  
RG nº 2763929, data de expedição 29/07/1993  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 399.271.304-06, com  
domicílio na cidade de JAROSIN DOS GUARARAPES, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
1ª Tv. Nacional, nº 143.

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSE EDIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era

JOSE EDIVALDO DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA /GG350 FAN BSOI

Ano: 2014/2014

Placa: OYM 4147

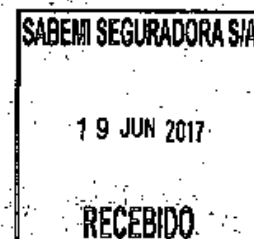
Chassi: 9C2K C368 0E2028943

Data do Acidente: 30/04/2014

Local e Data: JAROSIN DOS GUARARAPES, 30 de Maio 2015

JOSE EDIVALDO DA SILVA  
Assinatura do Declarante

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



## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSÉ EDIVALDO DA SILVA  
RG nº 2763929, data de expedição 29/07/1993  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 399.271.304-06, com  
domicílio na cidade de JAROSIN DOS GUARARAPES, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
1ª Tv. Nacional, nº 143.

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSÉ EDIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era

JOSÉ EDIVALDO DA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA /GG350 FAN BSOI

Ano: 2014/2014

Placa: OYM 4147

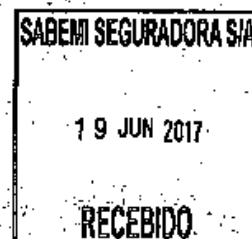
Chassi: 9C2K C368 0E2028943

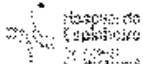
Data do Acidente: 30/04/2014

Local e Data: JAROSIN DOS GUARARAPES, 30 de Maio 2015

José Edivaldo da Silva  
Assinatura do Declarante

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



**FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA**

a 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Letto: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716689 Prontuário: 3120116 Convênia: HAPVIDA  
Profissional(is): HELMUT SKAU CRM 19850 (t): Nº: 04956750 11/04/2017 às 00:28

**ANAMNESE****Queixa Principal**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA REMOVIDO PELO SAMU.  
NÃO CAIU APENAS SOFREU IMPACTO EM MID REGIÃO ANTERIOR DA TIBIA.  
NEGA OUTRAS COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS.

[1]

EXAME FÍSICO  
EM USO DE IMOBILIZAÇÃO  
FERIMENTO COM SINAIS DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA.

**CID10**

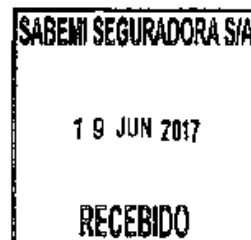
S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

**DIAGNÓSTICO****Hipótese Diagnóstica****CID10**

S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]



# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

OP'S SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 30021277 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716686 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): EULINO ALVES COURINHO CRM 11699.[1] Nº: 04956819 11/04/2017 às 00:55

## ANAMNESE

### Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 2 HORAS ,  
SOCORRIDO PELO SAMU. CONSCIENTE , ORIENTADO , FUPNEICO.  
AO EXAME - DEFORMIDADE DO TERÇO DISTAL DA PERNA DIR COM  
SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE E SANGRAMENTO ATIVO

[1]

C= FAÇO CURATIVO COMPRESSIVO, TALA BORA , KEFLIN 2G IV E  
ANTITETANICA , SOLICITO MATERIAL FIXADOR EXTERNO E FAÇO  
CONTATO COM SOBREAVISO DA CIRURGIA

HD= FRATURA EXPOSTA DE TERÇO DISTAL DE PERNA DIR

### CID10

S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA

[1]

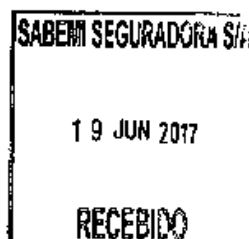
## DIAGNÓSTICO

### Hipótese Diagnóstica

### CID10

S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA

[1]



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HQSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 30021277 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12718689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN 21345 [1]	Nº: 04956968	11/04/2017	às 02:08

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

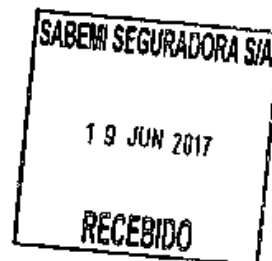
SORO GLICOSADO 5% TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA. [1]

SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

RINGER COM LACTATO TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

TETANOGAMMA AMPL 1UI IM JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

KEFLIN FRAP 1GR EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12716689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN 21345 [1]	Nº: 04956980	11/04/2017	às 02:11

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

KEFLIN FRAP 1GR EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA [1]

PROFENID IV FRAP 100MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

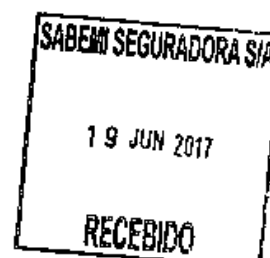
DIPIRONA AMPL 1000MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA GRANDE JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDICO JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: OK

PUNÇÃO C/ JELCO JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

TALA BOTA JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: OK

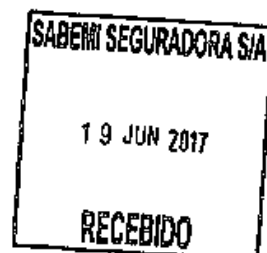


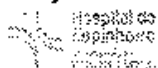
# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente:	JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento:	12716689	Prontuário:	3120116	Convênio:	HAPVIDA
Profissional(is):	ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN 21345 [1]			Nº:	04856891	11/04/2017	às 02:14
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>							
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE				TRAMAL AMPL 100MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA			
				[1]			





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO  
DADOS PESSOAIS

Atendimento  
12718291



02/06/2017 16:17:05

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3120116	JOSE EDIVALDO DA SILVA	M	19/12/1963	53
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2763929 SDS PE	39927130408		1-CASADO	
Endereço				
R RUA ALMIRANTE Saldanha da Gama 148 BOA VIAGEM RECIFE-PE CEP: 51130220				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
87749779		MARGARIDA MARIA DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
11/04/2017	08:41		
Médico Atendente	Clínica		
1425064 EULINO ALVES COUTINHO	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
1425064 EULINO ALVES COUTINHO	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convênio	Plano
3002-HAPVIDA	BORBORERMA IMPERIAL TRANSPORTES LTDA
Carteira	Validade
29332000255007012	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
10890459	99988888	C33911089	INTERNACAO
10890459	30727138	C33911069	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI
9883707	32040083	169846995	DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
			PERNA (MEMBROS INFERIORES)



R43:GR1 - DAMILO DE SOUZA BRANDAO





OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/1 11/04/2017 12:32

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12718291 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE CRM 821114 Nº: 04958950 11/04/2017 às 12:26

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S82	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S82	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	11/04/2017	[1]
Hora Da Cirurgia	10:00	[1]
Cirurgia	REDUÇÃO CIRURGICA	[1]
Cirurgião	PAUL VIDAL	[1]
1º Auxiliar	MAURO PENA	[1]
Anestesiata	ALEXANDRE REIS	[1]
Descrição Cirúrgica	Fratura exposta ossos da perna DIREITA sob anestesia geral/traq paciente em decúbito dorsal ampliação da incisão, lavagem foca com soro fisiológico 10 l redução sob tração ortopédica montagem fixador externo linear curativo oclusivo	[1]

*[Handwritten signature]*  
11/04/2017



http://ged.sh.srv.br:8888/forms90/forms90temp/RBPPRESC\_CRM12404\_cp1541\_11042017111512...

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Tênis + Fixador Entorno		Emissão: 11/04/2017 11:15:13	
Nº Prescrição: 7574376	Atendimento: 12718291	Prontuário: 3120116	Data: 11/04/2017	Hora: 11:15:13	
Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Convenio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 LANDAR - HE	Peso: 85.00 kg	Leito: 2/1	
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE		24/24h ORAL			
2. Hidratação Venosa: Única		Vol. Total: 1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	
RINGER COM LACTATO 35.7 ml/Kcal/dia		1000 ml			
3. CEFALOTINA (1.00g)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	6/6h	EV	
(D1/10)	Soro Fisiológico 0.9%	100 ml			
4. TRAMADOL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8h	EV	
	Soro Fisiológico 0.9%	50 ml			
5. NARCAN (0.40mg/ml)	0.4 mg	1 ML (AMPL C/4MG)	hora	EV	SN
					DILUIR 01 AMP + SE 0.9% 200 ML EV 45' SE RETENÇÃO URINARIA OU PRURIDO
6. OMEPRAZOL (40.00mg)	40 mg	1 FRAP(C/40MG)	24/24h	EV	
	Água Destilada	18 ml			
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8h	EV	
	Água Destilada	18 ml			
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6h	EV	
	Água Destilada	18 ml			
9. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)	250 UI	1 ML (AMPL C/250UI)	hora	IM	
10. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO					
11. CURATIVO MEDIO+SE+GAZE ACOCHOADA					
12. PLINCAO C/ JEICO					
13. SINAIS VITAIS 6/6h					
14. CUIDADOS GERAIS 6/6h					
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA					

Dr. Alexandre Reis  
Médico  
CRM 12404

44375


11/04/2017 11:33

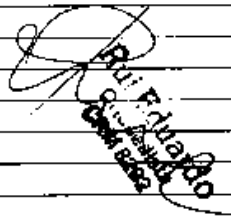


Unidade: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  
Nome: Wesley Est. Valério

[illegible]

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
	11/04/17	Paciente Realiza Tto no braço
	12/04/17	em alta hospitalar


  
 Rui Eduardo  
 Otorrinolaringologista  
 CRM 8282


  
 Rui Eduardo  
 Otorrinolaringologista  
 CRM 8282

SABEMI SEGURADORA S/A  
 19 JUN 2017

**SABEMI SEGURODORA S.A.**  
19 JUN 2017  
**RECEBIDO** Evaluación

Medica CDP 26546



## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/1 11/04/2017 11:08

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12718291 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS, MEDICO, CRM 12406 [1] Nº: 04959222 11/04/2017 às 11:01

### DIAGNÓSTICOS

CID10 S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

Diagnóstico Principal

Diagnóstico Secundário

CID10 S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

Diagnóstico Secundário (II)

CID10 S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA [1]

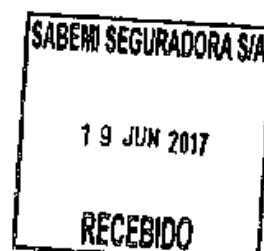
### PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada (I)

Cirurgia Realizada FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA D - TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO [1]

1-CURATIVO APÓS 5 DIAS  
2-AD AMBULATORIO COM 15 DIAS (DR PAULO CEZAR)  
3-RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS  
4-ATB (CEFALEXINA 500 MG - 01 COMP VO DE 6/6 POR 15 DIAS)

Dr. Alexandre Reis  
Médico  
CRM 12406



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS 5509051448 - às 17:00:37 de 12/04/2017





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA SOCIAL  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
DE VEÍCULOS AUTOMOTORES E CONDUTORES

NOME: JOSE EDIVALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/CPF EMITIDO/UF: 2763829 SSP RJ

CPF: 399.271.304-06 DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1963

PLACAO: NAO DECLARADO

NOME DECLARADO: MARGARIDA MARIA DA SILVA

PERMISSAO: ACC CAC. HAB. RJ

Nº REGISTRO: 0103300201 VALIDADE: 06/06/2020 1ª EMISSÃO: 26/11/1996

GERAÇÃO: A

Exercício Ativ. Registrada

*João Edvaldo da Silva*

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 06/06/2015

77653888134  
7907942450

1104553670

SABEM SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190401816 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 10/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tíbia distal direita exposta.

**Descrição do exame físico:** Vítima com encurtamento do membro inferior direito, deformidade em região distal, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus, déficit de força leve do membro, claudicação da marcha (+++-----).

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com osteossíntese, evoluindo osteomielite, tratado com novo procedimento. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 3 meses.

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional leve do MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do MID, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

### 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



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190401816

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE EDIVALDO DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** 1 TV NACIONAL, 173 - Jaboatão dos  
Guararapes/PE - CEP 54270-171

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 2763929 - ssp pe - 06/08/2015

**Data e Local do Acidente :** 10/04/2017 - Camaragibe/PE

**Data e Local do Exame :** 23/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

fratura de tibia distal direita exposta.

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

Tratado cirurgicamente com osteossíntese, evoluindo osteomielite, tratado com  
novo procedimento.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses

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

vítima com encurtamento do membro inferior direito com encurtamento,  
deformidade em região distal, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10  
graus, déficit de força leve do membro, claudicação da marcha (++-++++).

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

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

limitação de grau leve do membro inferior direito, com deformidade local,  
encurtamento do membro, déficit de força.



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

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE





CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA  
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 30676 / 2019



REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023A. CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO  
Ofício nº. 114 / 2019 Data 19 / 7 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023A. CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:50 do dia 19 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de JOSÉ EDIVALDO DA SILVA filho (a) de PAI NÃO DECLARADO e de MARGARIDA MARIA DA SILVA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Casado (a), aparentando a idade de 55 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 2763929, profissão DO LAR, endereço 1ª TRAVESSA NACIONAL, nº 173, complemento: NÃO INFORMADO, bairro CURADO IV, telefone/s, (81)98774-9779, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Acidente de moto, atendido no Hospital de Fraturas do Espinhaço, no dia 10.04.2017, por volta das 20:10 horas, cujo diagnóstico por fratura exposta de tibia direita. Realizou (03) cirurgias com Ilizero. Refere dos seus esforços.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

DESCRIÇÃO: Cicatriz deprimida de coloração clara no centro e escura perifericamente, na região do terço distal da perna direita (fratura exposta). Cicatriz cirúrgica de (12) centímetros longitudinal, pré-tibial proximal. Cicatriz cirúrgica, medindo (05) centímetros na região lateral do tornozelo direito.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

CONCLUSÃO: Lesão corporal produzida por instrumento contundente.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?  
Sim

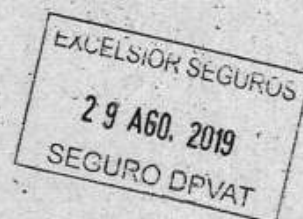
2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?  
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) trinta dias (fratura de tibia direita distal).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Encurtamento do M.D. de 3,0 cm, e deformidade em varo do TNZ direito (laudo anexo).





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA - CRM 4973.

  
Perito responsável

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO  
O(a) Sr(a) Dr(a) ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA, Legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, inscrita no CRM nº 4973, em nome do(a) Sr(a) ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA, Legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, inscrita no CRM nº 4973, declara que recebeu em mãos o(a) documento(s) em anexo, o qual se encontra devidamente autenticado com o rubrica do Sr(a) Dr(a) ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA, Legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, inscrita no CRM nº 4973.

Em data de 15/03/19, recebeu em mãos o(a) documento(s) em anexo, o qual se encontra devidamente autenticado com o rubrica do Sr(a) Dr(a) ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA, Legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, inscrita no CRM nº 4973.

Assinatura: SILVA 753  
Data: 15/03/19

Fundação: 1919

Fábio Farias Alvim  
Assistente em Gestão Pública  
Matrícula nº 255.376-7

EXCELSIOR SEGUROS  
29 AGO. 2019  
SEGURO DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOL



DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ EDIVALDO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 30.05.2017 CPF DA VÍTIMA 399.241.304-06  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ EDIVALDO DA SILVA  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL ismael.p.silva@Univod.com TELEFONE (81) 3254.9486

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRMA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

RECEBIDO

19 JUN 2017

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00  
 INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
 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 NESTE FORMULÁRIO.  
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/05/2017  
 IDENTIDADE 399.241.304-06  
 ASSINATURA José Edivaldo da Silva

## RESPONSÁVEL Pelo RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31/05/2017  
 NOME Kelya Torquato  
 ASSINATURA Kelya Torquato



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218020/19

**Vítima:** JOSE EDIVALDO DA SILVA

**CPF:** 399.271.304-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/04/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE EDIVALDO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**JOSE EDIVALDO DA SILVA : 399.271.304-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019  
Nome: JOSE EDIVALDO DA SILVA  
CPF: 399.271.304-06

JOSE EDIVALDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

