



Número: **0069155-58.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILDO SEVERINO DA SILVA (AUTOR)		KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72383422	11/12/2020 11:18	<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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607730

Vítima: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILDO SEVERINO 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,

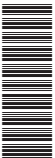
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15030574

Pag. 00019/00020 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020010





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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607730

Vítima: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GILDO SEVERINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01487/01488 - carta\_02 - INVALIDEZ

00080744



Carta nº 15037031





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, 20 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190607730**

**Vítima: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GILDO SEVERINO DA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **GILDO SEVERINO DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003017**

Conta: **0000028186-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Gildo Severino de Silva	CPF titular da conta	89555899487	Profissão	aux. topografica
Endereço	Joaquim Garden Elderado		Número	600	Complemento
Bairro	Guabiruba	Cidade	Recife	Estado	PE
Email			CEP	52291655	
			Telefone (DDD)	98991-6949	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3017 D/V 013 CONTA NRO. 00028186 D/V 0		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 05 de julho de 2013.

Local e Data

GILDO SEVERINO DE SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

1/1 126890 62:11 8182-11-11

11/12 2017 11:18:13





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Gildo Severino de Silva	CPF titular da conta	89555899487	Profissão	Aux. Topógrafo
Endereço	Joaquim Jardim Eldorado		Número	600	Complemento
Bairro	Guabiruba	Cidade	Recife	Estado	PE
Email			CEP	52291655	
			Telefone (DDD)	98995-6949	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3057 D/V 013 CONTA NRO. 00028186 D/V 0		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 05 de julho de 2013.  
Local e Data

GILDO SEVERINO DE SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

1/1 126890 62:11 8182-11-11

11/12 2017 11:18:13







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -  
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0108001034**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2018** às  
**11:30**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **9/10/2017** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, PROXIMO A  
UPINHA CORREGO DO JINIPAPO - Bairro: MACAXEIRA -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE )  
GILDO SEVERINO DA SILVA ( VITIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
GILDO SEVERINO DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDOS**

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

**GILDO SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
SEVERINO JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data de Nascimento:  
14/6/1972 Naturalidade: POMBOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4593161/SDS/PE  
(RG), 8966800487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 89916949**

**Endereço Residencial: RUA VILA ARITANA, 999, JARDIM ELDORADO - CEP: 55000-900 -  
Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

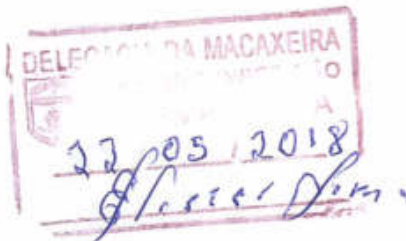
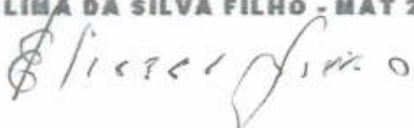


Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **KFI4617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**Descrição: **MOTOCICLETA DA MARCA SUZUKI DE COR PRETA DA PLACA KFI4617****VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:**Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Descrição: **VEICULO AUTOMOVEL DE COR - MARCA - PLACA NAO ANOTADA O MOTORISTA EVADIU-SE DOLOCAL****Complemento / Observação**

SEGUNDO O QUEIXOSO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA PELA BR 101 NORTE, SENTIDO MACAXEIRA / PAULISTA, QUANDO NAS MEDIAÇÕES DO TERMINAL DA MACAXEIRA (CORREGO JIMIPAPO) UM VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA - DIRIGIDO POR UM DESCONHECIDO NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA. O PILOTO FOI AO CHAO, FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE FOI ATENDIDO PELO MEDICO TADEU BURI CREMEPE 3019. O MOTORISTA DO VEICULO EVADIU - SE DO LOCAL. A MOTOCICLETA ESTA EM NOME DO SENHOR EVERALDO JOSE FARIAS DOS SANTOS. CASO AFETO A DELEGACIA DA MACAXEIRA.

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial****GILDO SEVERINO DA SILVA  
(VITINA)**B.O. registrado por: **ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221032-0** - Matrícula:  
**221032-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -  
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0108001034**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/05/2018** às  
**11:30**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **9/10/2017** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, PROXIMO A  
UPINHA CORREGO DO JIMIPAPO - Bairro: MACAXEIRA -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE )  
GILDO SEVERINO DA SILVA ( VITIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
GILDO SEVERINO DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDOS**

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

**GILDO SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
SEVERINO JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data de Nascimento:  
14/6/1972 Naturalidade: POMBOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4593161/SDS/PE  
(RG), 89666899487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 89916949**

**Endereço Residencial: RUA VILA ARITANA, 999, JARDIM ELDORADO - CEP: 55000-900 -  
Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

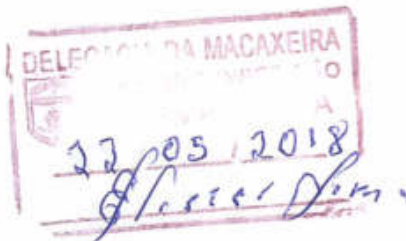
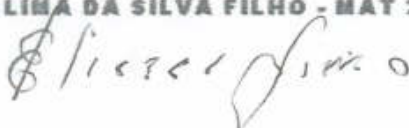


Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **KFI4617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**Descrição: **MOTOCICLETA DA MARCA SUZUKI DE COR PRETA DA PLACA KFI4617****VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:**Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Descrição: **VEICULO AUTOMOVEL DE COR - MARCA - PLACA NAO ANOTADA O MOTORISTA EVADIU-SE DOLOCAL****Complemento / Observação**

SEGUNDO O QUEIXOSO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA PELA BR 101 NORTE, SENTIDO MACAXEIRA / PAULISTA, QUANDO NAS MEDIAÇÕES DO TERMINAL DA MACAXEIRA (CORREGO JIMIPAPO) UM VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA - DIRIGIDO POR UM DESCONHECIDO NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA. O PILOTO FOI AO CHAO, FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE FOI ATENDIDO PELO MEDICO TADEU BURI CREMEPE 3019. O MOTORISTA DO VEICULO EVADIU - SE DO LOCAL. A MOTOCICLETA ESTA EM NOME DO SENHOR EVERALDO JOSE FARIAS DOS SANTOS. CASO AFETO A DELEGACIA DA MACAXEIRA.

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial****GILDO SEVERINO DA SILVA  
(VITINA)**B.O. registrado por: **ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221032-0** - Matrícula:  
**221032-0**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000025 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). GILDO SEVERINO DA SILVA, 45 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4593151 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 895.558.994-87, residente à LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO, nº 515, , GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/10/2017, por volta das 18:35 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) GILDO SEVERINO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 895.558.994-87 e Registro Geral nº 4593151, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707174-4 TELES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1066221. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000025*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44







SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000025 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). GILDO SEVERINO DA SILVA, 45 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4593151 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 895.558.994-87, residente à LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO, nº 515, , GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/10/2017, por volta das 18:35 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) GILDO SEVERINO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 895.558.994-87 e Registro Geral nº 4593151, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707174-4 TELES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1066221. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000025*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

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

CLIENTE: GILDO SEVERINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000028186-0

---

---

Nr. da Autenticação 7FFF10D235176D47





INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral. Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br))



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000368



GILDO SEVERINO DA SILVA  
JARDIM ELDORADO  
BREJO DA GUABIRAB  
RECIFE - PE  
52291.655



5013196987408110000003361430260418



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral. Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br))



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000368



GILDO SEVERINO DA SILVA  
JARDIM ELDORADO  
BREJO DA GUABIRAB  
RECIFE - PE  
52291.655



5013196987408110000003361430260418



3580 304634 0001  
3580324636 37

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVERARDO JOSÉ FARIAS DOS SANTOS,

RG nº 3875593, data de expedição 27/07/1994

Órgão SSP, portador do CPF nº 76404153491 com  
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de

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

AV. VEREADOR ESTACIO DA ZEVEDO, nº 127

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima GILDO SEVERINO DA SILVA cujo o condutor era

GILDO SEVERINO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: SUZUKI EN. 125 YES

Ano: 207

Placa: RF1.4617 e 106931

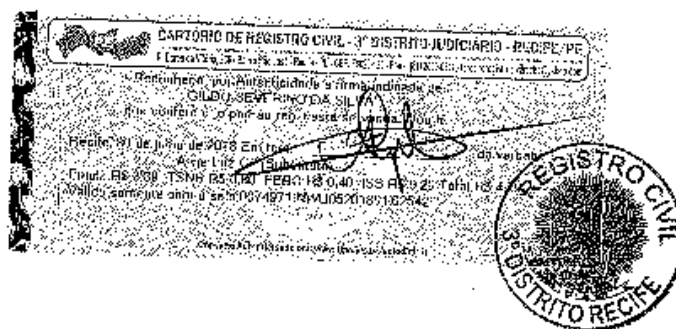
Chassi: 9CDNF4123AM106931

Data do Acidente: 09/10/2017

Local e Data: BR 101 PROXIMO MACAXEIRA = 09/10/2017

Everardo José Farias dos Santos  
Assinatura do Declarante

Gildo Severino da Silva  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Aldeu Severino da Silva

SEXO:

F

M

IDADE:

Pr

1mo oral

① Ciprofloxacino 500 mg ————— 600g

Tomar 01 comp de 12/12h por 30 dias

② Clindamicina 300 mg ————— 1200g


Tomar 01 comp. de 6/6h por 30 dias

Dr. André Cristiano Pires  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 74925

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: (0XX) 31.318.45600

HGV 1002 V 1 2013



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>RECEITUÁRIO</b>	
NOME COMPLETO: <i>6.11.2018</i>		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
IDADE:			
<p><i>11-01-2018 11:13 068955 1/1</i></p> <p><i>11-01-2018 11:13 068955 1/1</i></p> <p><i>019 20 de 12/12/18</i></p> <p><i>por 10 de 18</i></p> <p><i>23/07/18</i></p> <p><i>Arissen Ferreira Leite</i>          2º Tenente Médico          CRM 10.123/18</p>			

HGV.1002-V.1 2013.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 50.630-060  
 Fone: 0XX81.31845600







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



Paciente: GILDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 01066221

Data de Nascimento: 14/06/1972

Idade: 45a 10m 26d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

VIA ORAL

1) CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP  
TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 7 DIAS

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal  
Médico  
CRM-PE 26551

10 DE MAIO DE 2018




FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

11-10-2018 11:18:13

SECRETARIA DE SAUDE



 <b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b> <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>SOLICITAÇÃO DE</b> <b>BOLETIM DE</b> <b>ESCLARECIMENTO</b>
<b>NOME DO PACIENTE:</b> <u>GILDO SEVERINO DA SILVA</u>		
<b>NOME DA MÃE:</b> <u>SEVERINA JOSE DOS SANTOS</u>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> <u>14/06/1972</u>	<b>IDADE:</b> _____	<b>NATURALIDADE:</b> _____
<b>ENDEREÇO:</b> <u>LOTAMENTO JD. ELBOZADO</u>		<b>Nº:</b> <u>600</u>
<b>BAIRRO:</b> <u>BREJO</u>	<b>CIDADE:</b> <u>RECIFE</u>	<b>ESTADO:</b> <u>PE</u>
<b>Nº PRONTUÁRIO:</b> <u>1066221</u>	<b>Nº CARTÃO SUS:</b> <u>Clont 403-01</u>	
<b>INTERNAMENTO/CIRURGIA:</b> _____		
<b>EMERGÊNCIA (ALA/BOX):</b> _____ <b>CLÍNICA (ESPECIALIDADE):</b> _____ <b>ENFERMARIA/LEITO:</b> _____		
<b>HOSPITAL DIA: ( )</b> <b>CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ( )</b> <b>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )</b>		
<b>DATA DE INTERNAMENTO:</b> <u>09/10/17</u>	<b>DATA DE CIRURGIA:</b> ____/____/____	<b>DATA DE ALTA:</b> ____/____/____
<b>DATA DO ÓBITO:</b> ____/____/____		
<b>NOME DO SOLICITANTE:</b> _____		
<b>GRAU PARENTESCO:</b> _____		
<b>DOCUMENTO APRESENTADOS:</b>		
<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL <input type="checkbox"/> PACIENTE USA PROTESE QUE TIPO: _____		
<b>ATENÇÃO IMPORTANTE</b>		
Informações sobre andamento do Processo, após 30(trinta) dias úteis, entrar em contato através do telefone (81) 3184-5662, segunda à quinta, de 08:00 às 12:00h. Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.		
<b>ENTREGA DE LAUDOS</b>		
Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quarta – feira, no Arquivo(SAME), no 1º andar. Será entregue ao próprio paciente, parentes de 1º Grau (que comprove proximidade com o paciente) e terceiros (munidos de procuração, reconhecida em Cartório), no Arquivo(SAME), no 1º andar.		
<b>SOLICITAÇÃO DE LAUDOS</b>		
Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quarta, no Arquivo(SAME), no 1º andar.		
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, onde constará Diagnóstico, Tratamento e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>LAUDO + COPIA</b>   <b>DO</b>   <b>PRONTUÁRIO</b> </div>	Recife, <u>01</u> de <u>Novembro</u> de 20 <u>17</u>   _____ ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	Nº DO RG OU CPF: _____
FONE: _____		

Av. Gal. San Martín s/n – Cordeiro  
 Recife – PE - CEP: 50.630-060  
 Fone: 0XX-81.3184.5600  
 E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013

171 496898 0211 0102-11-11

17111 12017 00000000





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**1. Ocorrência da Emergência: 495261**

**1.1 - Atendimentos em: 09/10/17**

**1.2 - Às 19 horas e 42 minutos.**

**1.3 - Internado:**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1066221**

**2.1 - Internado em: 09/10/17**

**2.2 - Alta em: 01/11/17**

**3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.**

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA. 2º CIRURGIA EM 21/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. 3º CIRURGIA EM 25/10/17 = LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIDA OPERATÓRIA.**

**5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.**

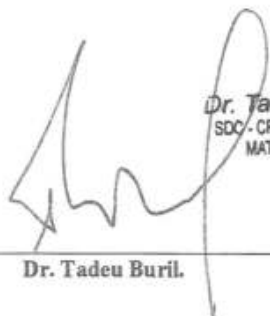
DATA: 14.5.2018

HORA: 09:30:16

PASTA: 01.05.2018

TB

RS

  
**Dr. Tadeu Buril**  
SDC - CREMEPE - 3019  
MAT. 0566683





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 495261

Prontuário: 1066221

Nome: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data Nasc.: 14/06/1972

Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4593151

CNS: 898001086121882

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO

Nº: 600

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52291655

Fone: 89916949

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. JOSE MARCOS ACIDENTE DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 09/10/2017 HORA: 19:46 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

### História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \_\_\_\_\_ Motorista: ☐ Passageiro: ☐  
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: \_\_\_\_\_  
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \_\_\_\_\_ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: \_\_\_\_\_ m  
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: \_\_\_\_\_ Transporte Realizado por: \_\_\_\_\_  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: \_\_\_\_\_ C°


### B: Respiratório

C: Circulatório PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm Pulso: \_\_\_\_\_ bpm:

### D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐  
Glasgow: Abertura Ocular \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Verbal \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Motora \_\_\_\_\_  
Escore: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Escore: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_






Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL**

**Getúlio Vargas**



**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
 Infecção de pele em perna (C)

COMORBIDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
 tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nº DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ M: ☐ F

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

DATA DE INTERNAÇÃO: 25/10/17 DATA DA ALTA: 01/11/17 DIAS DE INTERNAÇÃO: 07d

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013 / 0415040035 (L02.4) / 041340178 (T81.4) CID: \_\_\_\_\_

NOME DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

CÓD.	EQUIPE	Assinatura
1	CIRURGIÃO	[Assinatura]
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	[Assinatura]
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	[Assinatura]
4	ANESTESISTA	[Assinatura]
5	CLÍNICO	[Assinatura]

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ HEMODIÁLISE

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:

Cirurgia sem intercorrências.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: O mesmo

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: Alta

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Carimbo/CRM: \_\_\_\_\_

Av. General San Martín s/n - Cordeiro


Recife/PE - CEP 50.820-060

Fone: 0XX(81)31545800

GV.1010.V.1.2015.





			<b>RELATÓRIO DA OPERAÇÃO</b>		
NOME DO PACIENTE <u>Gilbo Severino da Silva</u>			Nº PRONTUÁRIO <u>106 6221</u>		
DATA DA OPERAÇÃO <u>25/10/67</u>		ENFERMARIA <u>103</u>	LEITO <u>05</u>	OPERADOR <u>Dn. Arthur Locatelli</u>	
1º AUXILIAR <u>Dn. Bruno Monteiro</u>		2º AUXILIAR _____		3º AUXILIAR _____	
INSTRUMENTADOR _____		ANESTESISTA _____		TIPO DE ANESTESIA <u>Dn. Marília</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Infeção de FO</u>					
TIPO DE OPERAÇÃO <u>LMC</u>					
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO _____					
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA _____					
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO _____					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO _____					

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Assepsia e Antissepsia.
- 3) Aposição de campos estêreis
- 4) Observada drenagem de secreção de FO
- 5) Retinada de pontos
- 6) Lavagem copiosa com SF 0,9%.
- 7) Desbridamento de tecidos desvitalizados.
- 8) Aproximação de bordas de FO.
- 9) Curativo





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Aldeu Severino da Silva

SEXO:

F

M

IDADE:

Pr

1mo Oral

① Ciprofloxacino 500 mg ————— 600g

Tomar 01 comp de 12/12h por 30 dias

② Clindamicina 300 mg ————— 1200g


Tomar 01 comp. de 6/6h por 30 dias

Dr. André Cristiano Pires  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 74925

Avenida General San Martín s/n - Candeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: (0XX) 31.318.45600

HGV 1002 V 1 2013



 <b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b> <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>RECEITUÁRIO</b>	
<b>NOME COMPLETO:</b> <i>Carla Sampaio</i>		<b>SEXO:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<b>IDADE:</b>			
<i>Imo unid.</i> <i>Capo Povoado 5008-</i> <i>019 20 de 12/12/20</i> <i>por 10 de us</i>			
<div style="text-align: right;"><b>Arissen Ferreira Leite</b> 2º Tenente Médico CRM 34082</div>			

HGV.1002.V.1.2013.

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX(81)31845600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



Paciente: GILDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 01066221

Data de Nascimento: 14/06/1972

Idade: 45a 10m 26d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

VIA ORAL

1) CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP  
TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 7 DIAS

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal  
Médico  
CRM-PE 26551

10 DE MAIO DE 2018




FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

11-10-2018 11:18:13

SECRETARIA DE SAÚDE



 <b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b> <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>SOLICITAÇÃO DE</b> <b>BOLETIM DE</b> <b>ESCLARECIMENTO</b>
<b>NOME DO PACIENTE:</b> <u>GILDO SEVERINO DA SILVA</u>		
<b>NOME DA MÃE:</b> <u>SEVERINA JOSE DOS SANTOS</u>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> <u>14/06/1972</u>	<b>IDADE:</b>	<b>NATURALIDADE:</b>
<b>ENDEREÇO:</b> <u>LOTAMENTO JD. ELIZABO</u>		<b>Nº:</b> <u>600</u>
<b>BAIRRO:</b> <u>BREJO</u>	<b>CIDADE:</b> <u>RECIFE</u>	<b>ESTADO:</b> <u>PE</u>
<b>Nº PRONTUÁRIO:</b> <u>1066221</u>	<b>Nº CARTÃO SUS:</b> <u>Clont 403-01</u>	
<b>INTERNAMENTO/CIRURGIA:</b>		
<b>EMERGÊNCIA (ALA/BOX):</b> _____ <b>CLÍNICA (ESPECIALIDADE):</b> _____ <b>ENFERMARIA/LEITO:</b> _____		
<b>HOSPITAL DIA: ( )</b> <b>CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ( )</b> <b>SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )</b>		
<b>DATA DE INTERNAMENTO:</b> <u>09/10/17</u>	<b>DATA DE CIRURGIA:</b>	<b>DATA DE ALTA:</b>
<b>DATA DO ÓBITO:</b>		
<b>NOME DO SOLICITANTE:</b>		
<b>GRAU PARENTESCO:</b>		
<b>DOCUMENTO APRESENTADOS:</b>		
<input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL <input type="checkbox"/> PACIENTE USA PROTESE QUE TIPO: _____		
<b>ATENÇÃO IMPORTANTE</b>		
Informações sobre andamento do Processo, após 30(trinta) dias úteis, entrar em contato através do telefone (81) 3184-5662, segunda à quinta, de 08:00 às 12:00h. Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.		
<b>ENTREGA DE LAUDOS</b>		
Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quarta – feira, no Arquivo(SAME), no 1º andar. Será entregue ao próprio paciente, parentes de 1º Grau (que comprove proximidade com o paciente) e terceiros (munidos de procuração, reconhecida em Cartório), no Arquivo(SAME), no 1º andar.		
<b>SOLICITAÇÃO DE LAUDOS</b>		
Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quarta, no Arquivo(SAME), no 1º andar.		
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, onde constará Diagnóstico, Tratamento e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>LAUDO + COPIA</b>   <b>DO</b>   <b>PRONTUÁRIO</b> </div>	Recife, <u>01</u> de <u>Novembro</u> de 20 <u>17</u>   _____ ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
<b>FONE:</b>		<b>Nº DO RG OU CPF:</b>

Av. Gal. San Martín s/n – Cordeiro  
 Recife – PE - CEP: 50.630-060  
 Fone: 0XX-81.3184.5600  
 E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013

171 496898 0211 0102-11-11

1711 12017 00000000





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**1. Ocorrência da Emergência: 495261**

**1.1 - Atendimentos em: 09/10/17**

**1.2 - Às 19 horas e 42 minutos.**

**1.3 - Internado:**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1066221**

**2.1 - Internado em: 09/10/17**

**2.2 - Alta em: 01/11/17**

**3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.**

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA. 2º CIRURGIA EM 21/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. 3º CIRURGIA EM 25/10/17 = LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIDA OPERATÓRIA.**

**5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.**

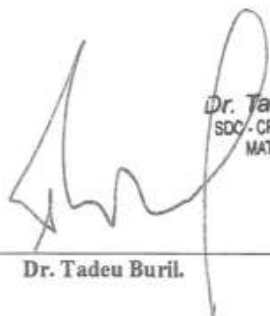
DATA: 14.5.2018

HORA: 09:30:16

PASTA: 01.05.2018.

TB

RS

  
**Dr. Tadeu Buril**  
SDC - CREMEPE - 3019  
MAT. 0566683

Dr. Tadeu Buril.





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 495261

Prontuário: 1066221

Nome: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data Nasc.: 14/06/1972

Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4593151

CNS: 898001086121882

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO

Nº: 600

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52291655

Fone: 89916949

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. JOSE MARCOS ACIDENTE DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 09/10/2017 HORA: 19:46 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

### História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \_\_\_\_\_  
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \_\_\_\_\_ Motorista: ☐ Passageiro: ☐  
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: \_\_\_\_\_  
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \_\_\_\_\_ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: \_\_\_\_\_ m  
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: \_\_\_\_\_ Transporte Realizado por: \_\_\_\_\_  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: \_\_\_\_\_ C°

### B: Respiratório


C: Circulatório PA: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm Pulso: \_\_\_\_\_ bpm:

### D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐  
Glasgow: Abertura Ocular \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Verbal \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Motora \_\_\_\_\_  
Escore: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Escore: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_








Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL**

**Getúlio Vargas**



**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
 Infecção de pele em perna ③

COMORBIDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
 tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nº DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ M: ☐ F

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

DATA DE INTERNAÇÃO: 25.10.17 DATA DA ALTA: 01.11.17

DIAS DE INTERNAÇÃO: 07d

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013 / 0415040035 (L02.4) / 0413040178 (T81.4)

CID: \_\_\_\_\_

NOME DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

CÓD.	EQUIPE	744
1	CIRURGIÃO	Dr. Bruno Montez
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
4	ANESTESISTA	Dr. Flores
5	CLÍNICO	

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

☐ USO DE OXIGÊNIO

☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐ HEMODIÁLISE

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

Cirurgia sem intercorrências

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: O mesmo

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: Alta

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO/CRM: \_\_\_\_\_

Av. General San Martín s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.890-060

Fone: (0XX) 31.51545800

GV.1010.V.1.2015.





1/1 696898 62/11 0102-701-11

1/1 696898 62/11 0102-701-11



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190607730

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GILDO SEVERINO DA SILVA

**Data do acidente:** 09/10/2017

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tíbia e fíbula distais esquerdas

**Descrição do exame físico:** Vítima com consolidação alinhada da fratura, fistula fechada de osteomielite, bloqueio articular de tornozelo, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, deficit de força grave local, alteração da marcha, presença de cicatriz local

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, evoluindo com infecção local, sendo retirado o material cirurgico.  
Fez fisioterapia, alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/11/2019

**Conduta mantida:**


**Observações:**

### DANOS

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



**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 21190 / 2018**

**REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018A, CIRCUNSCRICAO - MACAXEIRA**  
**Ofício nº: 34 / 2018 Data 8 / 6 / 2018**  
**ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018A, CIRCUNSCRICAO - MACAXEIRA**

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 **13:54** do dia **8 de Junho de 2018**, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **GILDO SEVERINO DA SILVA** filho(a) de **SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA** e de **SEVERINA JOSE DOS SANTOS**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, aparentando a idade de **45 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **NÃO INFORMADO**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 4593151**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **NÃO INFORMADO**, complemento: **NÃO INFORMADO**, bairro **NÃO INFORMADO**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**  
Periciando refere ter sofrido acidente motociclístico, no dia 09/10/17, na BR-101 próximo ao terminal da Macaxeira, Recife/PE, tendo sido socorrido pelo Corpo Bombeiros, e encaminhado ao Hospital Getúlio Vargas, conforme fotocópias apresentadas. Permaneceu internado até o dia 11/11/17, tendo sido submetido a 03 (três) procedimentos cirúrgicos: A) 09/10/17- Tratamento cirúrgico de fratura exposta dos ossos da perna esquerda; b) 21/10/17- Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da perna esquerda; c) 25/10/17- Limpeza cirúrgica de ferida operatória.

**DESCRIÇÃO**  
**Exame Físico:**  
Cicatriz em região medial da perna esquerda, medindo 190mm. Granuloma em região medial do terço distal da perna esquerda, sem saída de secreção no presente exame. Amplitude de movimento preservada do tornozelo. Está em uso de muletas.

**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, Debilidade permanente de membro; Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias.

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

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**  
**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA**

**Perito responsável**  
**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**  
LMA - CRM 18721

**Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a): ANTONIO PORTO DE BARROS WANDERLEY**

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL**  
**ANTÔNIO PERSIVO CUNHA**

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**  
**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA**

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13  
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111181266400000070961690  
Número do documento: 2012111181266400000070961690





**Destinatário:**

CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04  
SEGURADORA LIDER DPVAT  
Rua da Assembléia, 100 100 24ºANDAR, Centro  
20011-904 - Rio de Janeiro - RJ

**Número da Autorização de Postagem (e-ticket): 1058346665**

**Autorizador da Postagem: SEGURADORA LIDER DPVAT**

**Data de Emissão: 05/07/2018**

**Data de Validade: 04/08/2018**

**Quantidade de objetos: 1**





Remetente: *Processo PE*  
CPF/CNPJ: 21.798.620/0002-79  
MARILIA BORGES  
Rua Floriano Peixoto 141 , São José  
50020-068 - - Recife - PE



Av. Vereador Otacilio de Azevedo, nº 2880, Brejo da Guabiraba, Recife - PE - CEP 52.191-000. Fone: 813384.7571  
E-mail: dp1@circ.macaixa@pe.gov.br



DIOGO GONÇALVES BEM  
Delegado de Polícia

Ilmo. Sr. Diretor  
Instituto de Medicina Legal- IML  
NESTA

Atenciosamente,

Solicito ainda que o referido Laudo Traumatológico seja enviado à  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA

NOME:	ELIO SEVERINO DA SILVA
PAT:	SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
MAE:	SEVERINA JOSE DOS SANTOS
NASCIDO:	11/06/72 RG: 4593151/SSD/PE

TRAUMATOLÓGICO na pessoa de:  
Pelo Presente, solicito a V. S<sup>a</sup>, que seja procedido do competente EXAME

Senhor Diretor,

Ofício nº 34 /2018 - (TCO)  
BO 18E 0108001034

Recife, 22 de maio de 2018

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA  
GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL METROPOLITANO  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA - APIPUCOS  
18º DISTRITO POLICIAL- MACAXEIRA



22/05/18







juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gildo Severino de Silva

DATA DO ACIDENTE 09/10/2017 - CPF DA VÍTIMA 895 558 994-87

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA Gildo Severino de Silva ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM A VÍTIMA

ENDEREÇO DO PORTADOR lokament indur Eldorad, BAIRRO Bojo de Guabrala

Nº 600 COMPLEMENTO - UF PE CEP 52291-655

CIDADE Recife E-MAIL - TELEFONE (81) 989916949

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☒ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☐ 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 COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) 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 - 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)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

☒ IMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) 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)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

05/07/2018

IDENTIDADE

4593151 SDS/PE

ASSINATURA

Gildo Severino de Silva

ASSINATURA

Wânia Maria

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 05/07/2018 MATR. CORREIOS

NOME

Wânia Maria

ASSINATURA

Wânia Maria



11-12-2020 11:18:13

SEVERINO GILDO



**Destinatário:**

CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04  
SEGURADORA LIDER DPVAT  
Rua da Assembléia, 100 100 24ºANDAR, Centro  
20011-904 - Rio de Janeiro - RJ

**Número da Autorização de Postagem (e-ticket): 1058346665**

**Autorizador da Postagem: SEGURADORA LIDER DPVAT**

**Data de Emissão: 05/07/2018**

**Data de Validade: 04/08/2018**

**Quantidade de objetos: 1**



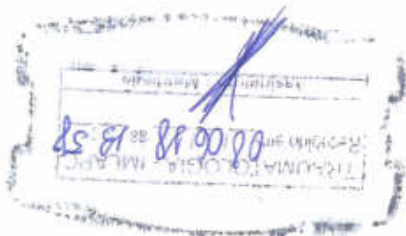


Remetente: *Processo PE*  
CPF/CNPJ: 21.798.620/0002-79  
MARILIA BORGES  
Rua Floriano Peixoto 141 , São José  
50020-068 - Recife - PE





Av. Vereador Otacilio de Azevedo, nº 2880, Brejo da Guabiraba, Recife - PE - CEP 52.191-000. Fone: 813384.7571  
E-mail: dpi@dicr.macaixa@pe.gov.br



DIOGO GONÇALVES BEM  
Delegado de Polícia

Ilmo. Sr. Diretor  
Instituto de Medicina Legal- IML  
NESTA

Atenciosamente,

Solicito ainda que o referido Laudo Traumatológico seja enviado à  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA

NOME:	ELIO SEVERINO DA SILVA
PAT:	SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
MAE:	SEVERINA JOSE DOS SANTOS
NASCIDO:	11/06/72 RG: 4593151/SSD/PE

TRAUMATOLÓGICO na pessoa de:  
Pelo Presente, solicito a V. S.ª, que seja procedido do competente EXAME

Senhor Diretor,

Ofício nº 34 /2018 - (TCO)  
BO 18E 0108001034

Recife, 22 de maio de 2018

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA  
GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL METROPOLITANO  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA - APIUCOS  
18º DISTRITO POLICIAL- MACAXEIRA



22/05/18





juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gildo Severino de Silva

DATA DO ACIDENTE 09/10/2017 - CPF DA VÍTIMA 895 558 994-87

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA Gildo Severino de Silva ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM A VÍTIMA

ENDEREÇO DO PORTADOR lokament indus Eldorado, BAIRRO Bojo de Guabrala

Nº 600 COMPLEMENTO - UF PE CEP 52291-655

CIDADE Recife E-MAIL - TELEFONE (81) 989916949

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☒ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☐ 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 COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) 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 - 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)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

☒ IMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) 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)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

05/07/2018

IDENTIDADE

4593151 SDS/PE

ASSINATURA

Gildo Severino de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 05/07/2018 MATR. CORREIOS

NOME

Viviane Moraes

ASSINATURA

Viviane Moraes



1/1 895.105.10/21 8102-108-30 ZAI - INVAD 2017 06/09/2015

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GIILDO SEVERINO DA SILVADATA DO ACIDENTE 09/10/17 CPF DA VITIMA 895.558.994-87PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 016510

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Impermeável Jacobina, EldoradoNº 600 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PRÉDIO DA GUARAPARACIDADE REUTE UF PE CEP 55291-685E-MAIL --- TELEFONE (81) 98991-6949

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

DOCS COMPLEMENTARES

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE

TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO

( ) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

( ) ORIGINAl ASSINADA PELA VITIMA E RELACIONADO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONTINHA

OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## 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)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OUTROS DOCUMENTOS: DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

OBS: REPRESENTANTE LEGAL QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira

DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INCOMANDO AS LESÕES SINTOMAS EM DISCONTINUIDADE DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE

CONTENHAM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OUTROS DOCUMENTOS: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEREM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/07/18IDENTIDADE 4593151 SSP-PEASSINATURA Antônio YVES Cordeiro de Mello Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/07/18 MATR. CORREIOS ---NOME YvelinaASSINATURA Yvelina



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376052/19

**Vítima:** GILDO SEVERINO DA SILVA

**CPF:** 895.558.994-87

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 09/10/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GILDO SEVERINO DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

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

#### GILDO SEVERINO DA SILVA : 895.558.994-87

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: 28/10/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral



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

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

Número do Sinistro: **3190607730**

Nome do(a) Examinado(a): **GILDO SEVERINO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Loteamento Jardim Eldorado, SN - Recife - PE - CEP 52291-655**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds** / **PE** ] **4593151**

Data e local do acidente: [ **09/10/2017** ] **Recife, PE**

Data e local do exame: [ **08/11/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fratura de tíbia e fíbula distais esquerdas***

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

***Vítima com consolidação alinhada da fratura, fistula fechada de osteomielite, bloqueio articular de tornozelo, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, déficit de força grave local, alteração da marcha, presença de cicatriz local***

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, evoluindo com infecção local, sendo retirado o material cirúrgico. Fez fisioterapia, alta médica***

**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 funcional do membro inferior esquerdo***

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

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





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

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes 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 (Sequela):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

