



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
72383 422	11/12/2020 11:18	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15030574



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

Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 2

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

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

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

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
Endereço	Jotaciano Jardim Eldorado.	Número	600
Bairro	Gabriela	Cidade	Recife
Email	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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRASIL (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____ NRO. _____	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3057	03	00028186	0
(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 2018
Local e Data

GILDO SEVERINO DE SIlva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

T/T 146890 66:11 8102-711-11

1140 13017 800880835



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>

Num. 72383422 - Pág. 4

Número do documento: 20121111181266400000070961690



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 Sereino de Silva		CPF titular da conta	89555899487	Profissão	Aux. Topograf.	
Endereço	Joteamento Jardim Eldorado.		Número	600	Complemento		
Bairro	Gabiraba	Cidade	Recife	Estado	PE	CEP	52291655
Email	—		Telefone (DDD)	98891-6949			

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
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)			
AGÊNCIA N.R.O. <input type="text" value="3037"/>		CONTA N.R.O. <input type="text" value="013"/>	D/V <input type="checkbox"/>
AGÊNCIA N.R.O. <input type="text" value="00028186"/>		CONTA N.R.O. <input type="text" value="01"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar digito se existir)			
(Informar digito se existir)			
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA N.R.O. <input type="text"/>		CONTA N.R.O. <input type="text"/>	D/V <input type="checkbox"/>
AGÊNCIA N.R.O. <input type="text"/>		CONTA N.R.O. <input type="text"/>	D/V <input type="checkbox"/>
(Informar digito se existir)			
(Informar digito 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 quitacão do valor indenizado.

Reeje .05 de jullo de 2013
Local e Data

Gioco sulle Rive desicate

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EAPRE 001 V001 /2017

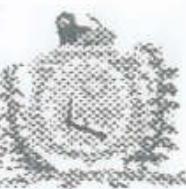
11-2087-8187-11:11:00:00:99-6917-11

ת. 03-23017-90000835



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>

Núm. 72383422 - Pág. 5



DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018^a CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -
DP18^aCIRC DIM/5^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0108001034

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

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

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

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: **4883181/SDS/PE (RG), 29566888487 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 89516949**

Endereço Residencial: **RUA VILA ARITANA, 888, JARDIM ELDORADO - CEP: 55000-000 - 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)**



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 DO LOCAL**

Complemento / Observação

SEGUNDO O QUEIXOSO PILOTA SUA MOTOCICLETA PELA BR 101 NORTE , SENTIDO MACAXEIRA / PAULISTA , QUANDO NAS MEDIAÇÕES DO TERMINAL DA MACAXEIRA (CORREGO JINIPAPO) 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 3819 . 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
(VITIMA)**

¶

B.O. registrado por: **ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221038-8 - Matrícula: 221038-8**

Eliezer Lima





DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018^a CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -
DP18^aCIRC DIM/5^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0108001034

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

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

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

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: **4883181/SDS/PE (RG), 29566888487 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 89516949**

Endereço Residencial: **RUA VILA ARITANA, 888, JARDIM ELDORADO - CEP: 55000-000 - 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: **NONE**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



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 DO LOCAL**

Complemento / Observação

SEGUNDO O QUEIXOSO PILOTA SUA MOTOCICLETA PELA BR 101 NORTE , SENTIDO MACAXEIRA / PAULISTA , QUANDO NAS MEDIAÇÕES DO TERMINAL DA MACAXEIRA (CORREGO JINIPAPO) 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 3819 . 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
(VITIMA)**

¶

B.O. registrado por: **ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221038-8 - Matrícula: 221038-8**

Eliezer Lima





**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("). 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(") 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.

SAC/SE/SC/1603 (PNE) - 11/12/2020 11:18:13

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 10



**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("). 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(") 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.

SGB/OP/1162 (PNE) 11/12/2020 11:18:13

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 11

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

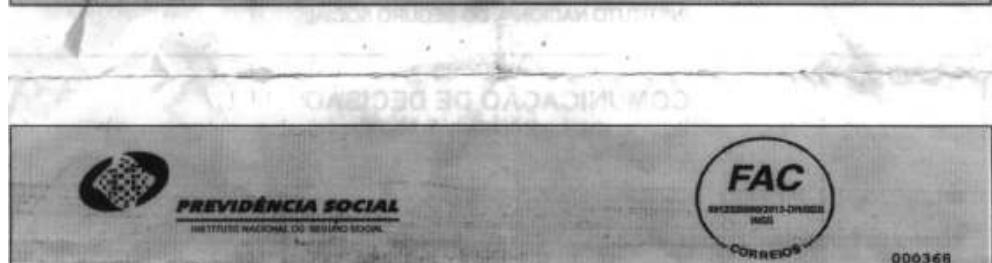
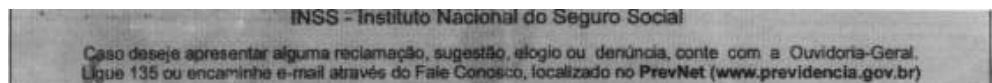
CONTA: 000000028186-0

Nr. da Autenticação 7FFF10D235176D47



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 12



GRADO SUPERIOR DE CIENCIAS

GIILDO SEVERINO DA SILVA
JARDIM ELDORADO
BREJO DA GUABIRABA
RECIFE - PE
52291.655



900368

GIILDO SEVERINO DA SILVA
JARDIM ELDORADO
BREJO DA GUABIRABA
RECIFE - PE
52291-655

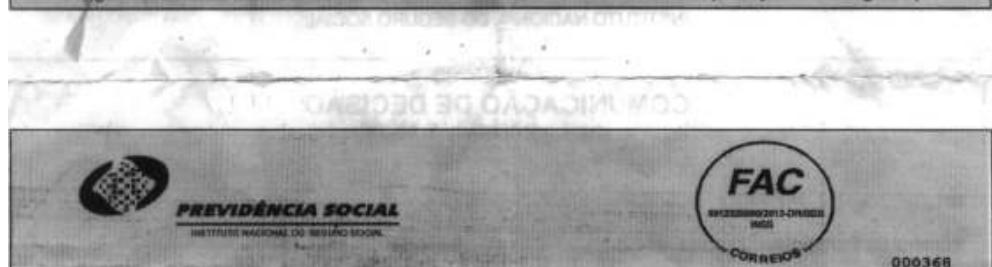
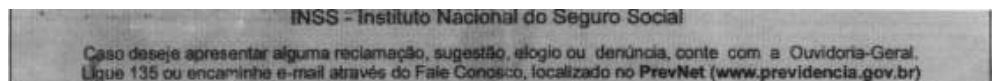


50133269874981300000003361430260418



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 13



GRADO SUPERIOR DE CIENCIAS

GIILDO SEVERINO DA SILVA
JARDIM ELDORADO
BREJO DA GUABIRABA
RECIFE - PE
52291.655



900368

GIILDO SEVERINO DA SILVA
JARDIM ELDORADO
BREJO DA GUABIRABA
RECIFE - PE
52291-655



50133269874981300000003361430260418



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 14

3880 329234 0001
20103240 36 33

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVERALDO JOSÉ FARIA S. 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. VEREADO E FÁCIO DE AZEVEDO, nº 127
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 GILDO SEVERINO DASILVA cujo o condutor era
GILDO SEVERINO DASILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: SUZUKI EN 125 YES

Ano: 2017

Placa: KFI4617

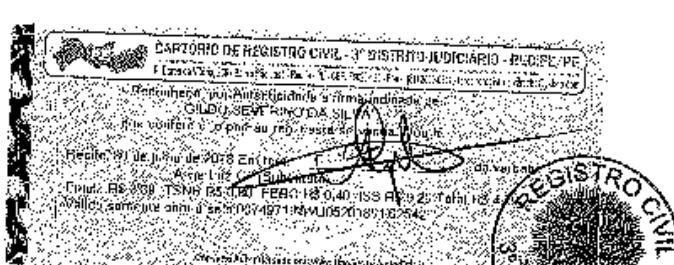
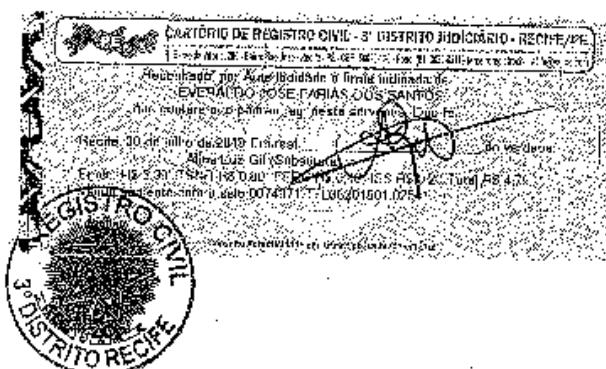
Chassi: 9CDNF4125AM106931

Data do Acidente: 09/10/2017

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

Everaldo José Faria S. dos Santos
Assinatura do Declarante

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:

Gilde Serrue da Silve

SEXO: F M

IDADE:

14

uso oral

① Ciprofloxacino 500 mg

60g

Tomar 01 compr de 12/12h por 30 dias

② Clindamycin 300 mg

120g

Tomar 01 compr de 6/12h por 30 dias

Dr. André Oliveira Pires
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27225

Avenida General San Martin s/n – Cordero
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600

HGV 1002 V 1 2013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 16



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

SEXO: F M

IDADE:

卷之三

卷之三

23/07/118

Avenida General San Martín s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600

MPN 1002-V 1.2013.

Arissen Ferreira Lobo

2º Tema da matéria

卷之三

1870-1871. - 1871-1872.

1000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 17



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

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

111 296890 6011 8106-11-11

111 12011 50000033



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE GILDO SEVERINO DA SILVA		NOME DA MÃE: SEVERINA JOSE DOS SANTOS	
DATA DE NASCIMENTO 14/06/1972	IDADE: 600	NATURALIDADE: RECIFE	
ENDERECO ESTEAMENTO 10. ELORAZO	CIDADE RECIFE		ESTADO PE
Nº PRONTUÁRIO 1066221	Nº CARTÃO SUS: Clont 103-01		
INTERNAMENTO/CIRURGIA:			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX):	CLÍNICA (ESPECIALIDADE):	ENFERMARIA/LEITO:	
HOSPITAL DIA: ()	CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: ()	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()	
DATA DE INTERNAMENTO 09/10/17	DATA DE CIRURGIA 	DATA DE ALTA 	DATA DO ÓBITO
NOME DO SOLICITANTE:			
GRAU PARENTESCO:			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
<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:	ATENÇÃO/IMPORTANTE	
<p>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.</p> <p>Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.</p>			
ENTREGA DE LAUDOS			
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.			
SOLICITAÇÃO DE LAUDOS			
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.			
LAUDO + COPIA DO PRONTUÁRIO		Recife, 01 de Novembro de 20 17 X 11/11/2017 11:18:13 ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
FONE:		Nº DO RG OU CPF:	

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

SDC.1001.V.1.2013

11 99699 6511 000-11-11 1266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 19

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>



Número do documento: 20121111181266400000070961690



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 PERNAS 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 MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 14.5.2018

DATA: 14.5.2018
HORA: 09:30:16

HORA: 09.30.18
PASTA: 01.05.2018

1763

13
PS

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

17-00099 MHT 2007-001-11

102-102017 8500X0225



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Núm. 72383422 - Pág. 20



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 495261

Prontuário: 1066221

Nome: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data Nasc.: 14/06/1972 Idade: 45 CPF: RG: 4593151

Sexo: MASCULINO

Cor:

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 Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: 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

m

Queimadura: Sim Não

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral | Via aérea esta pérvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmm Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocôricas Anisocôricas

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

1 de 2

1/1 996899 6011 000-10-11





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

02 (DUAS) VIAS

CARTÃO SUS:

— 5 —

PESO: ALTURA: SEXO: M F

Take off the top on the ferns (6)

COMORBIDADES

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

ENTO SOLICITADO:

10. NOME(S) DO/DOIS PESSOAS REALIZADORES (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/10/17		DATA DA ALTA: 01/11/17		DIAS DE INTERNAÇÃO: 67d																			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013 / 0415040035 (L024) / 0413840178 (T81.4)		CID:		CARABO/REVISOR/FATURAMENTO																			
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL																					
1	CIRURGÃO	Dr. Bruno Newfson																					
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO																						
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO																						
4	ANESTESISTA																						
5	CLÍNICO	Florêa																					
<table border="0"> <tr> <td colspan="3">PROCEDIMENTOS ESPECIAIS</td> <td colspan="3">USO DE ÓRTESE E PRÓTESE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NUTRIÇÃO PARENTERAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>HEMODIÁLISE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>USO DE OXIGÉNIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>						PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			USO DE ÓRTESE E PRÓTESE			<input type="checkbox"/>	NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			USO DE ÓRTESE E PRÓTESE																				
<input type="checkbox"/>	NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE																		
<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																			
<table border="0"> <tr> <td>DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DIÁRIA DE UTI</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>												
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>																		
<table border="0"> <tr> <td colspan="6">AVISO DE CASO (LETRA LEGÍVEL)</td> </tr> </table>						AVISO DE CASO (LETRA LEGÍVEL)																	
AVISO DE CASO (LETRA LEGÍVEL)																							
<table border="0"> <tr> <td colspan="6">TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS</td> </tr> </table>						TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS																	
TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS																							

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

...TODAS LAS TECNOLOGIAS DE ALTA:

SEGUIMENTO PRINCIPAL

~~ASSOCIAÇÃO CLÍNICA NA ALTA:~~

www.orientmoon.com

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

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 GARNIER/CRM

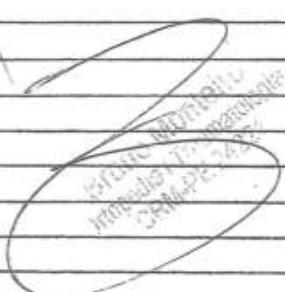
Avenida General San Martin s/n - Cordero
Referente - CEP 50.860-050
Fone: (0XX 51) 51648800

20130208132013

106998 60117 8107-301-1

18046 X3117 800087935



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</p>			<p>RELATÓRIO DA OPERAÇÃO</p>	
NOME DO PACIENTE Gilbo Severino da Silveira		Nº PRONTUÁRIO 106 6221		
DATA DA OPERAÇÃO 25/30/17	ENFERMARIA 303	LEITO 03	OPERADOR Dr. Arthur Locatel	
1º AUXILIAR Dr. Bruno Monteiro	2º AUXILIAR _____	3º AUXILIAR _____		
INSTRUMENTADOR _____	ANESTESISTA _____	TIPO DE ANESTESIA Dra. Marilia		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Infecção de FO				
TIPO DE OPERAÇÃO LMC				
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO _____				
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA _____				
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO _____				
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO _____				
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO				
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS				
1º Paciente em decúbito dorsal sob anestesia 2º Assepsia e Antissepsia 3º Aposição de campos estériles 4º Observada drenagem de secreção de FO 5º Retirada de pontos 6º Lavagem copiosa com SF 0,9% 7º Destruímento de tecidos desvitalizados 8º Aproximação de bordos da FO 9º Curativo				
				

1/1 896890 60111 8102-702-11

10/1 2017 10020935



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
 Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 23



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Gilde Serrue da Silve

SEXO: F M

IDADE:

14

uso oral

① Ciprofloxacino 500 mg

60g

Tomar 01 compr de 12/12h por 30 dias

② Clindamycin 300 mg

120g

Tomar 01 compr de 6/12h por 30 dias

Dr. André Dutra Pires
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27225

Avenida General San Martin s/n – Cordero
Recife/PE – CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600

HGV 1002 V 1 2013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 24



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

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

111 296890 6011 8106-11-11

111 12011 50000033



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 26



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE GILDO SEVERINO DA SILVA		NOME DA MÃE: SEVERINA JOSE DOS SANTOS	
DATA DE NASCIMENTO 14/06/1972	IDADE: 600	NATURALIDADE: RECIFE	
ENDERECO ESTEAMENTO 10. ELORAZO	CIDADE RECIFE		ESTADO PE
Nº PRONTUÁRIO 1066221	Nº CARTÃO SUS: Clont 103-01		
INTERNAMENTO/CIRURGIA:			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX):	CLÍNICA (ESPECIALIDADE):	ENFERMARIA/LEITO:	
HOSPITAL DIA: ()	CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: ()	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()	
DATA DE INTERNAMENTO 09/10/17	DATA DE CIRURGIA 	DATA DE ALTA 	DATA DO ÓBITO
NOME DO SOLICITANTE:			
GRAU PARENTESCO:			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
<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:	ATENÇÃO/IMPORTANTE	
<p>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.</p> <p>Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.</p>			
ENTREGA DE LAUDOS			
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.			
SOLICITAÇÃO DE LAUDOS			
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.			
LAUDO + COPIA DO PRONTUÁRIO		Recife, 01 de Novembro de 20 17 X 11/11/2017 11:18:13 ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
FONE:		Nº DO RG OU CPF:	

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

SDC.1001.V.1.2013

11 99699 6511 000-11-11 1266400000070961690

1266400000070961690



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 PERNAS 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 MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 14.5.2018

DATA: 14.5.2018
HORA: 09:30:16

HORA: 09.30.18
PASTA: 01.05.2018

1763

13
PS

A handwritten signature 'Dr. Tadeu Buril.' is on the left. To its right is a circular official stamp with the text 'Dr. Tadeu Buril' at the top, 'SDC-CREMEPE-3019' in the middle, and 'MAT. 0566683' at the bottom.

17-005999 0011 2017-016-11

102-102017 8500X0225



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pj.ejpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>

Núm. 72383422 - Pág. 28



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 Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: 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

m

Queimadura: Sim Não

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral | Via aérea esta pérvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmm 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: Escore: Hora:



1 de 2

1/1 996899 6011 000-11-11





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

02 (DUAS) VIAS

CARTÃO SUS:

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

PESO: ALTURA: SEXO: M F

Take off the 20 cm Ferno (E)

COMORBIDADE:

SEGUIMENTO SOLICITADO:

ENTO SOLICITADO:

2.000 PÁGINAS Y 5000 IMÁGENES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO)

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/10/17		DATA DA ALTA: 21/11/17		DIAS DE INTERNAÇÃO: 07d																															
JÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013 / 0415040035 (L02.4) / 0416846178 (T81.4)				CID:																															
CÓD.		EQUIPE		NOME DO PROFISSIONAL																															
1	CIRURGIÃO	244		Dr. Bento Neuza Flores																															
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	57																																	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	58																																	
4	ANESTESESTISTA	59		Flores																															
5	CLÍNICO	60																																	
<table border="0"> <tr> <td colspan="3">PROCEDIMENTOS ESPECIAIS</td> <td colspan="3">USO DE ÓRTESE E PRÓTESE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">NUTRIÇÃO PARENTERAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">HEMODIÁLISE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">USO DE OXIGÉNIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			USO DE ÓRTESE E PRÓTESE			<input type="checkbox"/>	NUTRIÇÃO PARENTERAL		<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE		<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO		<input type="checkbox"/>								
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			USO DE ÓRTESE E PRÓTESE																																
<input type="checkbox"/>	NUTRIÇÃO PARENTERAL		<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE																															
<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO		<input type="checkbox"/>																																
<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO		<input type="checkbox"/>																																
<table border="0"> <tr> <td colspan="3">DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</td> <td colspan="3">USO DE ÓRTESE E PRÓTESE</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">DIÁRIA DE UTI</td> <td colspan="3">HEMODIÁLISE</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			USO DE ÓRTESE E PRÓTESE			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			DIÁRIA DE UTI			HEMODIÁLISE			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			USO DE ÓRTESE E PRÓTESE																																
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																
DIÁRIA DE UTI			HEMODIÁLISE																																
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO																																			
<table border="0"> <tr> <td colspan="3">LÉVIO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)</td> <td colspan="3">MUITO MAIS MAIS REALIZADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						LÉVIO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			MUITO MAIS MAIS REALIZADOS			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																				
LÉVIO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			MUITO MAIS MAIS REALIZADOS																																
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

...TODAS LAS TECNOLOGIAS DE ALTA:

—ESTADOS PRINCIPAL—

ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

ALTA:

MOTIVO DA ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERENCIADO

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 GARNIER/CRM

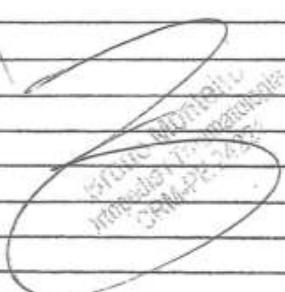
Avenida General San Martin s/n - Cordero
Referente - CEP 50.860-050
Fone: (0XX 51) 51648800

20130208132013

106998 60117 8107-301-3

18046 X3117 800087935



 <p>SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</p>			<p>RELATÓRIO DA OPERAÇÃO</p>	
NOME DO PACIENTE <i>Gilbo Severino da Silveira</i>			Nº PRONTUÁRIO <i>106 6221</i>	
DATA DA OPERAÇÃO <i>25/30/17</i>		ENFERMARIA <i>303</i>	LEITO <i>03</i>	OPERADOR <i>Dr. Arthur Locatel</i>
1º AUXILIAR <i>Dr. Bruno Monteiro</i>		2º AUXILIAR <i>_____</i>		3º AUXILIAR <i>_____</i>
INSTRUMENTADOR <i>_____</i>		ANESTESISTA <i>_____</i>		TIPO DE ANESTESIA <i>Dra. Marilia</i>
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Infecção de FO</i>				
TIPO DE OPERAÇÃO <i>LMC</i>				
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <i>_____</i>				
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA <i>_____</i>				
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO <i>_____</i>				
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO <i>_____</i>				
<p>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</p>				
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS				
① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia				
② Assepsia e Antissepsia				
③ Aposição de campos estériles				
④ Observada drenagem de secreção de FO				
⑤ Retirada de pontos				
⑥ Lavagem copiosa com SF 0,9%.				
⑦ Destruímento de tecidos desvitalizados				
⑧ Aproximação de bordos da FO				
⑨ Curvatura				
				

1/1 896890 60111 8102-702-11

11/12/2020 11:18:13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
 Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 31



MI 696890 8071 8100-701-11

18/06/2017 10:00:49:23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 32

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 tibia 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, déficit 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 cirúrgico.

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 AUTÉNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA N° 21190 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 018A, CIRCUNSCRICAO - MACAXEIRA
Ofício nº. 34 / 2018 Data 8 / 6 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA 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 **NAO INFORMADO**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, sinal 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 motociclistico, 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 photocópias apresentadas. Permaneceu internado até o dia 1º/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.



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690
Número do documento: 20121111181266400000070961690

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



AV. Vereador Olálio de Azevedo, nº 2880, Brejo da Guabiraba, Recife - PE - CEP 52.191-000, Fone: 813184.7541
E-mail: dptjrcrc.macaécr@politicavil.pe.gov.br

NESTA
Instituto de Medicina Legal - IML

Ilmo. Sr. Director

DIogo GONCALVES BEM
Delegado de Polícia

Atenciosamente,

DELEGACIA DE POLICIA DA 18º CIRCUITO - MACAÉ
Solicito sindicar que o referido Laudu Traumatologico seja convocado

Nome: ELLIO SEVERINO DE SILVA
PAI: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
MAE: SEVERINA JOSE DOS SANTOS
NASCIDO: 11/06/1932 RG: 4593151/SDS/PE

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

Senhor Director,

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

Recife, 22 de Maio de 2018

18º DISTRITO POLICIAL - MACAÉ
5º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA - APIUCOS
GERENCIAS DE CONTROLE OPERACIONAL METROPOLITANO
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO



2659018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 37



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gilde Siqueira de Sílvia

DATA DO ACIDENTE 08/10/2017 - CPF DA VÍTIMA 895 553 894-87

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima Gilde Siqueira de Sílvia

A VÍTIMA É Endereço: Jardim Eldorado, Bairro Bento de Góis, Cidade Poá, Estado São Paulo, CEP 52291-655

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
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

- LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO

- 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) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- IMPROVAVES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO COPIA 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- CEP 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.
- * VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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 SEGURODRAFT LIDER DPVAT
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- * TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

05/07/2018

DATA 05/07/2018 MATR. CORREIOS

NOME

Monica Mano

Monica Mano
Assinatura



11 226890 6211 000-11

16040 13011 66008935



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 39

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690
Número do documento: 20121111181266400000070961690

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



AV. Vereador Olálio de Azevedo, nº 2880, Brejo da Guabiraba, Recife - PE - CEP 52.191-000, Fone: 813324.7541
E-mail: dptjrcrc.macaécr@politicavil.pe.gov.br

NESTA
Instituto de Medicina Legal - IML

Ilmo. Sr. Director

Delegado de Polícia
DIOGO GONÇALVES BEM

Atenciosamente,

DELEGACIA DE POLICIA DA 18º CIRCUITO - MACAÉ
Solicito sindicar que o referido Laudu Traumatologico seja convocado

Nome: ELLIO SEVERINO DE SÁ SILVA
PAI: SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
MAE: SEVERINA JOSE DOS SANTOS
NASCIDO: 11/06/1932 RG: 4593151/SDS/PE

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

Senhor Director,

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

Recife, 22 de Maio de 2018

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



2659018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 42



IDENTIFICAÇÃO
VÍTIMA Gilde Siqueira de Siqueira
 DATA DO ACIDENTE 08/10/2017 - CPF DA VÍTIMA 895 553 894-87
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É Gilde Siqueira de Siqueira.
 ENDEREÇO DO PORTADOR Residência Jardim Eldorado, Bairro Bento de Góis, Goiânia.
 Nº 600 COMPLEMENTO - BAIRRO Bento de Góis
 CIDADE Goiânia CEP 52291-655
 E-MAIL TELEFONE (61) 989916949

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL- CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
 IMPROVAVES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO COPIA 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
 COMPROVANTE DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
 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 SEGURODRAFT LIDER DPVAT
 * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE www.dpvatsegurodorotransito.com.br OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
 * TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: 05/07/2018
DATA: 05/07/2018 **MATR. CORREIOS**
IDENTIDADE: 4593151 SDS/CE
NOME: Monica Mano
ASSINATURA: Monica Mano

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: SIM NÃO
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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



11 226890 6211 000-11

16040 13011 66008935



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 44

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Josyelli de Oliveira Cabral



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:18:13
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111181266400000070961690>
Número do documento: 20121111181266400000070961690

Num. 72383422 - Pág. 46

**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 tibia e fibula distais esquerdas

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

Vitima 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

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 sequelas (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
() 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

