



Número: **0079751-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO JOSE CABRAL (AUTOR)		DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73592125	15/01/2021 10:40	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177872

Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

Data do Acidente: 24/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO JOSE CABRAL

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: PEDRO JOSE CABRAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000836-2

Conta: 000000003523-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01925/01926 - carta_15R - INVALIDEZ

00010963





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084 241 014-72 4 - Nome completo da vítima: PEDRO JOSÉ CABRAL

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

5 - Nome completo: PEDRO JOSÉ CABRAL 6 - CPF: 084 241 014-72
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA JOSÉ VICENTE XAVIER 9 - Número: 15 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOÃO PAULO II 12 - Cidade: MOLENO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98816-5294

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUIR INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apague uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRANDESCO

AGÊNCIA: 0836 2 CONTA: 0003523 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Declaro o procedimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectiva infração criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogô):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogô):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogô):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 13 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se presente):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E2093000099**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/04/2020** às **08:28**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/1/2020** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CLETO CAMPELO, 1 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54800-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SELMA ADRIANA VIEIRA (OUTRO)
PEDRO JOSE CABRAL (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

PEDRO JOSE CABRAL (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALZIRA MARIA SANTOS** Pai: **JOSE DANIEL CABRAL** Data de Nascimento: **29/6/1940** Naturalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **469666/SDS/PE (RG) 08424101472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA JOSE VICENTE XAVIER, 15 - CEP: 0 - Bairro: JOAO PAULO II - MORENO/PERNAMBUCO /BRASIL**

SELMA ADRIANA VIEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SELMA ADRIANA VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGA5210** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, TENTAVA ATRAVESSAR A AVENIDA CITADA, QUANDO UMA MOTOCICLETA DE PLACA KGA-5210, LHE ATROPELOU, ONDE A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOF, CONFORME PRONTUARIO DE NUMERO 1104980, E ATENDIMENTO DE NUMERO 3425041. CASO AFETO A DELEGACIA DO MORENO.

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

PEDRO JOSE CABRAL
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ADELSON PEREIRA GOMES** Matrícula: 159741-8
(Lixado em 22/04/2020 às 08:05)



4/22/2020, 8:40 AM





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084 241 014-72 4 - Nome completo da vítima: PEDRO JOSÉ CABRAL

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

5 - Nome completo: PEDRO JOSÉ CABRAL 6 - CPF: 084 241 014-72
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA JOSÉ VICENTE XAVIER 9 - Número: 15 10 - Complemento:
11 - Bairro: JOÃO PAULO II 12 - Cidade: MOLENO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98816-5294

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apague uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRANDESCO

AGÊNCIA: 0836 2 CONTA: 0003523 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

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

Declaro o procedimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 6.134/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(a) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da respectiva infração criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogô):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogô):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogô):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 13 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (estante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO JOSE CABRAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00836-2

CONTA: 000000003523-8

Nr. Autenticação

BRADESCO2505202005000000000023700836000000003523168750 PAGO





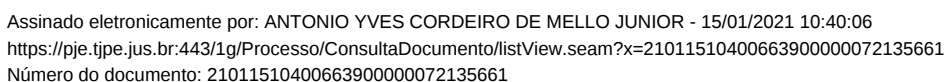
ATENÇÃO: P/LA 1 DE NAZO - MM. - 20094 - CENTRO MOIANO PE
14539-2009

[illegible]

VERIFICATION: 25/02/2022

TOTAL \$ PAID: 65.49

1997年12月25日





Visto com
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: PEDRO JOSE CABRAL
Data Nas.: 29/08/1940 Idade: 79 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS:
Atendimento: 3425041 Prontoário: 1104980
Endereço: RUA JOSE VICENTE CHAVIER
Bairro: LOTEAMENTO JOAO PAULO S Cidade: MORENO N°: 15
CEP: 54800000 Fone: 558191147028 Estado: PE
Acompanhante:
Nome da Mãe: ALZIRA MARIA SANTOS Celular:
Nome do Conjuge: Profissão:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Visto NEI
NOTIFICAR
31/03/20

2 - ATENDIMENTO Data: 24/01/2020 18:40 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Artralgia no lb, dor aguda
no lb e dor no lb, dor aguda*

Exame Físico:

*Dor no lb
pressão no lb com dor*

Diag. Provisório:

Chalans

PRÓTESE
REVISADO
18/02/20
Waldin

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Do lb para Curativos

Ulfesio Barboza
Ortopedia Traumatologia





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



3. Evolução / Exames

M: 15 # 00 #
Paciente vítima de atropelamento por moto na 1ª hora, chegou ao serviço acompanhado da equipe do SAMU, houve perda da consciência, vítima de TCE. Refere dor em MTE. Houve contusão em antebraço. Vem em boa condição, com edema cerebral e MTE. Houve imobilização.
Ao exame: A. não há sinais físicos + estabilidade geral de coluna cervical.
B. MV+ em AIT, s/RA, sem alteração palpável de mios testais.
C. RER em ET, PNF, s/FC=79, SatO₂ 97%, abd. globoso, deprimível, sem de imitação peritoneal. PA=110/290.
D. CCR=6, pupilas 4x4 e fotoreações +.
E. presença de trauma ortopédico em MTE.

HD Politraumatizado

CD Politraumatizado

CD Politraumatizado

CD Politraumatizado

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente

() Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição da Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

24/01/2020 18:40:34

2 de 2

Usuario do Atendimento
JANAINAFL





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: HONORIO JOSE CABRAL

Idade: 79 Anos 6 Meses 26 Dias

Nasc: 29/08/1940

Sexo: MASCULINO
CNS: 707003896355432

Contatos: 81, 91147028 | Celular: 81.

Nome: LIZIA MARIA SANTOS

Endereço: RUA JOSE VICENTE CHAVIER, N.º 15 - BAIRRO: LOTEAMENTO JOAO PAULO
SEGUNDO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 24/01/2020 18:40

Prontuário: 1104980

Nº. Atendimento: 3425041

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
HERIVELTO ALEXANDRE DA SILVA FILHO

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ATRÓPELAMENTO HA 2,5H, EVOLUI COM FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO E

História Clínica

Exame Físico

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

Observações

Conduta

AO BLOCO CIRURGICO

YVES MACEDO BARBOSA - CRM: Nº.CRM26541

Data: 24/01/2020 18:40

Assinatura eletrônica de Yves Macedo Barbosa

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: PEDRO JOSE CABRAL	REGISTRO Nº 1104980	
CLÍNICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: EMERGENCIA	
OPERADOR: DR EDSON SOUZA		
1º ASSISTENTE: DR ARTUR SOARES	2º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA TACIANA	
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 24/01/2020	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA LUXAÇÃO TORNOZELO ESQUERDO		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO EXPOSIÇÃO COMPLETA DE TIBIA DISTAL EM REGIÃO MEDIAL DE TORNOZELO
5. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
6. APOSIÇÃO DE FIXADOR TRANSARTICULAR TUBO A TUBO EM TORNOZELO ESQUERDO E CHECADA BOA REDUÇÃO SOB RADIOSCOPIA
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. À SR

ORTOMÉDICA

1 FIXADOR TRANSARTICULAR TUBO A TUBO DE TORNOZELO
4 PINOS DE SCHANZ
4 CONECTORES BARRA-BARRA
4 CONECTORES PINOS-BARRA
4 BARRAS





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: PEDRO JOSÉ CABRAL	Nº DO REGISTRO: 1104980
CLÍNICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 10-03

OPERADOR: DR DILAMAR

1º ASSISTENTE: DR JANDERSON	2º ASSISTENTE: DR GEOVANE
INSTRUMENTADOR: BRUNA	ANESTESISTA: DRA CECILIA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO:	INÍCIO:	FIM:
12/02/20		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO + DIVULSÃO DO POR PLANOS
4. VISUALIZAÇÃO DE FRATURA COMINUIDA
5. FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO COM 4 PARAFUSOS CORTICAIS E 02 ESPONJOSOS
6. VISUALIZAÇÃO SOB RADIOSOCPIA
7. LIMPEZA COM SF 0.9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. A SR

EMPRESA	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	02 PARAFUSOS ESPONJOSOS 04 PARAFUSOS CORTICAIS 01 PLACA 3,5MM 1/3 DE CANO

Janderson Cavalcanti
CRM 27695-PE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177872 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE CABRAL **Data do acidente:** 24/01/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ PLACA E PARAFUSOS). P 4 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177872 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO JOSE CABRAL **Data do acidente:** 24/01/2020 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/ PLACA E PARAFUSOS). P 4 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139030/20

Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

CPF: 084.241.014-72

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO JOSE CABRAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PEDRO JOSE CABRAL : 084.241.014-72

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: 14/05/2020
Nome: PEDRO JOSE CABRAL
CPF: 084.241.014-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

PEDRO JOSE CABRAL

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177872

Vítima: PEDRO JOSE CABRAL

Data do Acidente: 24/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO JOSE CABRAL

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 15779099

Pag. 00965/00966 - carta_01 - INVALIDEZ

00020483

