



Número: **0000514-28.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **16/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74458946	02/02/2021 10:24	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguredolider.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 69. 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, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324937

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO SEBASTIAO 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 5.194, 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

Pag. 000500000 - data_01 - INVALIDEZ



Casa nº 16647984





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradordelider.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 (Região Metropolitana) 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 69. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324937

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: **INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 006/1/00602 - data_02 - INVALIDEZ



Caso nº 1438872





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 69. 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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190324937

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000008773-4

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.

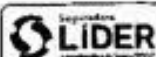
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0000100002 - conta_159 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVA

Atestação de pagamento

Exatidão da(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AC: 79268559420 CPF da vítima: 79268559420 Nome completo da vítima: SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA CPF: 79268559420

Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE Número: 701 CASA

Bairro: CHÃO DOS VENTOS Cidade: MACHADOS Estado: RE CEP: 55740-000

E-mail: eudaylino@bol.com.br Tel (DDD): 0811896964879

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL: ☒ PRECISO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUQUANÇA (destinada para poupar e não sacar, não há incidência de imposto)☐ Bônus (Bônus) ☐ Raci (Raci) ☒ CONTA CORRENTE (para saques)☐ Banco do Brasil (BB) ☐ Caixa Econômica Federal (CEF)

AGÊNCIA: 0039 (informar o dígito da agência) CONTA: 9773 (informar o dígito da conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização correspondente ao Seguro DPVA a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, dando-lhe e permitindo após a efetivação dos créditos, quitação total do valor recebido.

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 o fim de resar por morte de indenização do Seguro DPVA por invalidez permanente, uma vez que (selecione uma das opções):

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

Pelo motivo acima, solicito a priorização da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVA por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que me submeto à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente do sinistro, conforme Lei 6.547/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ solteiro ☐ casado (ou civil) ☐ divorciado ☐ separado judicialmente ☐ viúvo Data do óbito da vítima:Grau de parentesco com a vítima: ☐ Vítima do meu companheiro(a) ☐ filho ☐ filha ☐ Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:Vítima vive solteiro? ☐ Sim ☐ Não Se não vive solteiro, informar quantos: ☐ Vítima do meu companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não ☐ Vítima do meu companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não

Falei sobre o caso a Seguradora LIDER antes, caso devida, a indenização do Seguro DPVA por morte fixada beneficiário que se comprometeram e possuem esta confissão, estando ciente, desde já, de que qualquer renúncia ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Machados, 25 de Abril de 2019

Nome: Severino Sebastião da Silva

CPF: 79268559420

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)

Assinatura da Seguradora (se houver)





for
pages

Evaluating the accuracy of the...



25ª CIRCUNSCRIÇÃO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125PCRC
DISTR146/DESEG

BOLETER DE DURMENÇA Nº. 18E0215000408

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/12/2018 às 15:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumidor) que aconteceu no dia 21/12/2018 no período de Manhã

Faca expedido no endereço: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, AVENIDA CENIPA PAÍSO - Bairro: DOMAS - MACHADOS/PENARABISCO/RS.**
Local do Fato VIA PÚBLICA.

შეგნაძის განმარტებით ეს ნიშნობა:

ELIANA MARTA DA SILVA / SUPLENTE;
GEOVANO DEBASTIANI DA SILVA / VITIMA.

Umfeld: verantwortlich für Gesundheit

MEICILLO: (filho da geração da avó) : que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA

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

BEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA (presente ao debate) - NOME: BEVERINO SEBASTIÃO SEVERINA MARIA DE
DELLAID; RUA: SEBASTIÃO DELLAIID 230, SILVA DA M. (NOME): 31049560 NOME: MARIA DE
PERNAMBUCO | BRASIL, Documentação: 418456750406 (RG), 7626633420 (CPF) Estado Civil: CASADO(A)
Especialidade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Fls. de Residência: MUNICÍPIO DE MACHADOS, RS, RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE - CEP: 91700000
Bairro: ALENCRÉ - MACHADONPERNAMBUCO/BRASIL

EXATAMENTE ASSIM NA SUA MÃO (não presente no plantão) - Não Esqueça! Para o Atendimento de Emergência, ligue 192, 190 ou 193, dependendo do tipo de emergência. Para dúvidas, ligue 0800-0000000 ou 0800-0000000. Para mais informações, ligue 0800-0000000.

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade de/da Sr(a) SUZANE MARIA DA SILVA, que estava em posse de/da Sr(a) SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
 Categoria/funcionário: MOTOCICLISTA/funcionário (ou PROG. 004) Oficial aprendiz, 1º ano
 Com o nome: Função de planejamento não identificada

C:\Program Files\Internet Explorer\Internet Explorer.exe; Resonant: 400-400-110; Chord: 800-800-0000; 800-800-0000
 And Resonant: 800-800-0000

Complemento / Observação



NO DIA 21/12/2018, O SENHOR SEVERINO REBASTIÃO DA SILVA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SEM VITÍMA FATAL), SOFRIDA PELO PRÓPRIO NOTICIANTE QUANDO TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA BRANCA DE PROPRIEDADE DE SUA FILHA. O FATO OCORREU NO DIA 02 DE DEZEMBRO DE 2018, SEGUNDO A VITÍMA, AO PASSAR A MOTOCICLETA NUMA PISTA MOLHADA, ESTA ACABOU DESBACANDO E VIRANDO SOBRE SUA PERNAS, CAUSANDO UMA FRATURA NOSSA MÃO. ATO CONTÍNUO, FORA SOCORRIDO PARA O HOSPITAL EDSON ALVARES, LOCALIZADO NA CIDADE DE MACHADO DE OLIVEIRA.

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

Severino Rebastião da Silva
SEVERINO REBASTIÃO DA SILVA
(VITÍMA)

D.O. Registrado em: 21/12/2018 ATUALIZADO: 20/02/2019





O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



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:	07/06/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000000008773-4

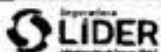
Nr. de Autenticação 2A579543F87F5F8C



Comprador de residencia

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
01/03/2019	22/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DE APRESENTAÇÃO
0,00	22/02/2019
	NÚMERO DA NOTA FISCAL
	52040110
CLASSIFICAÇÃO	
01 RESIDENCIAL - BAIXA RENDIA CE	
Monopólio	
RESERVADO ao Fisco	
OCAS 7ADD.0541.08DF 913D 953C 919	

[illegible]



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurancaolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 0h às 24h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-2596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-01-00 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-011-91-88

Eu, SUZANA MARIA DA SILVA
RG nº 7.061607, data de expedição 02/05/02
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 06533674498
com domicílio na cidade de MACHADOS, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BUA JOSÉ V. ANDRADE CHÃ DOS VENTOS, nº 70
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA, cujo o condutor era
SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR160 Ano: 2015
Placa: PDX8920 Chassi: 9C2KD0800FRO49932
Data do Acidente: 02/12/2018

Local e Data: Machados-PE 15 de Abril de 2019Suzana Maria da Silva

Assinatura do Declarante

Severino Sebastião da Silva

Assinatura do Condutor

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





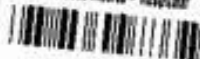
PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS
O Renascer
Uma nova história.



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240
Fone: 3649.1162

Documentação médica - Hospital



FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/12/2018 HORA: 10:46 REGISTRO: 09350

NOME: Severino Sebastião da Silva

SEXO: M IDADE: 62 ESTADO CIVIL: Casado DATA NASC.: 03/10/1956

ENDEREÇO: Rua José Vitorino

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

QUEIXAS: Acidente automobilístico

com dor e edema em tornozelo

direito com limitação dos movimentos

crâneos

diagnóstico 22.12.2018

3649.1162

11/10

3649.1162

Dr. Mário Júnior

Cirurgião Geral

CRM-PE 23472

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTO QUE A CÓPIA É ORIGINAL

Assinado por: Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Responsável pelo Atual

21.02.2021

() INTERNAÇÃO () TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

MÉDICO

Recepcionista





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente: **SEBASTIÃO SEBASTIÃO DA SILVA**
Idade: **62 Anos 1 mês 29 dias** Sexo: **MASCULINO**
Data de Nascimento: **03/10/1955**
CPF: **16573775422009** CNES: **35.88458783** - Centro: **35**
Médico: **SEBASTIÃO MORAES DA SILVA**
Endereço: **AV. JOSÉ VILHANO DE MOURA, N.º 70 - BARRIO ALINCA - CIDADE NOVA**

* Dados de Admissão:
Data de Admissão: **02/12/2018**
Prontuário: **1074063**
N.º de Admissão: **1273363**
Serviço: **CHURRUS**
Enfermagem/Laboratório:
Médico: **PROFESSOR PLANTONISTA**

Admissão

Queixa Principal: **DOLORES NAS COSTAS**

História Clínica: **paciente vítima de acidente automobilístico, relata que sofreu lesão dolorida sobre o abdômen, queixa-se de dor e restrição de movimentos da região dorsal.**

Exame Físico: **paciente em repouso, sem sinais de trauma, sem lesões cutâneas, sem sinais de trauma, sem sinais de trauma.**

Exame de Laboratório: **sem alterações.**

Exame de Imagem: **sem alterações.**

MARCOS HERREROS AVILA FILHO - CRM: 14.0824085

Handwritten signature and date:
13/12/18

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 35 - CNES: 14.0824085-70
Rua Amílcar Gomes, s/n - Tejão - Recife/PE CEP: 55.030-543 Fone: (01) 3181.8090





PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS



RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: _____

Nome do Paciente: _____

GOVERNADOR BRUNO DA SILVA
62 anos de idade, último
de ACIDENTE MOTOCICLISTA em
11/08/2018, com dor e edema
em região distal do membro
inferior direito. GHI 15

Atividade física
necessário analgesia on demand
OTÁVIO DE FREITAS
5568328

02/02/18

Data

Dr. Mário Júnior
CRM 10.000
CRM 10.000
Profissional Reg.



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 02/12/2018 14:01

Nome Paciente:	SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
Cód. Paciente:	1074553
Data de Nascimento:	03/10/1956
Sexo:	Masculino
Idade:	62
Senha:	FN0027
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3273363
SAME:	1074553

Período: 02/12/2018 14:12 - 02/12/2018 14:13

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cat: AMARELO

Queixa Principal: SOFREU ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHÃ ESTAVA DE CAPACETE, CAIU SOZINHO, NÃO REFERE DOR, TRAUMA EM MÍD.

Condição: NEGA DOR, HAS OU ALERGIAS, P.A.=139X83MMHG, P=89.

Fotografia sintoma: QUEDAS.

Discriminação(s): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Requisitos/Validade: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2018 14:13

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SES/FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Prontuário: 1074553

Cirurgião: DR. THALES COUCEIRO

1º Auxiliar: DR. THIAGO OLIVEIRA

Anestesiista: DR. DULCÍDIO

Anestesia: RAQUÍ

Data da Operação: 03/12/18

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA

Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA FECHADA PERNA DIR

Operação Proposta: LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TÍBIA DIR

Operação Realizada: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA OSSOS PERNA DIR

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERES
3. INCISÃO FACE ANTERIOR PERNA D E DISSECAÇÃO ATE FOCO DE FRATURA
4. LIMPEZA DE FOCO DE FRATURA COM SF ABUNDANTE
5. REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
6. SINTESE DE PELE COM NYLON 3,0 + CURTID
7. BOA PERFUSÃO DISTAL





ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR:	6. Humana		DATA:	02.12.18	
NOME:	Severino Sebastião da Silva				
NOME SOCIAL:					
IDADE:	22	DATA DE NASCIMENTO:	03/10/96	ESTADO CIVIL:	casado
FILIAÇÃO:	Sebastião Barbosa da Silva e Severina Maria da Silva				
ENDEREÇO:	R. José Vitorino de Almeida, nº 15 F. 01 - J. 01 - J. 01 - J. 01 - J. 01				
PONTO DE REFERÊNCIA:	P. 01 - J. 01 - J. 01 - J. 01 - J. 01				
TELEFONES:	02 245-6753				
ENTREVISTADOR(A):	Suzana da Silva		PARENTESCO:	Filho	
DOCUMENTOS POSSÍVEIS NÃO APRESENTADOS:	ID - 4184767 - 02/12/18				

IF ATENDIMENTO:	READMITIDO ()	PROCEDÊNCIA:	Ata de Nascimento
ACOMPANHANTE:	Suzana da Silva	PARENTESCO:	Filho
TABAGISMO:	SIM () NÃO () ABANDONO ()	ÉTICOS:	SIM () NÃO () ABANDONO ()
OUTRAS DROGAS:	SIM () NÃO () ABANDONO ()	QUAIS:	
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL:	SIM () NÃO ()	QUAIS:	
COBERTURA DE PSF:	SIM () NÃO ()	ACOMPANHAMENTO:	SIM () NÃO ()

PROFISSÃO:		ESCOLARIDADE:	Alfabetizado
VÍNCULO EMPREGATÍCIO:	SIM () NÃO ()	OUTROS:	Informante
COMPOSIÇÃO FAMILIAR:	Suzana da Silva e Filhos		
APOIO FAMILIAR:	SIM () NÃO ()	BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO:	() ASSISTENCIAL () NÃO RECEBE ()

ALTA HOSPITALAR:	SIM () NÃO ()	DESACOMPANHADO ()	
CONTATO C/ MUNICÍPIO:	RECURSOS PRÓPRIOS ()	CONTATO C/ FAMÍLIA:	()

OBSERVAÇÕES: História de acidente de trânsito
sem lesões, orientado sobre a importância
do acompanhamento
02 245 6753 Filhos
(Filho)

ASSISTENTE SOCIAL:

043-HOF





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

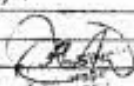
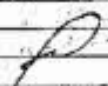
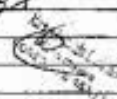
Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO - CLÍNICA

NOME:		Solange Sebastião da Silva	
CLÍNICA:		Tuberculose - 3	
ENF:		26	
LEITO:		03	
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
03/12/18	18h	Paciente admitida neste setor, antecedente SAPS. F.O. distúrbio hem. diagnóstico local. JACO HASE. Nega outros antecedentes. Segue aos cuidados.	
03/12/18		Paciente Pol. R. consciente, orientado, verbaliza: admissão - AP. M.E. diurese. P. medicação. Fissão externa no b. distúrbio hem. diagnóstico local. Realizado exame complementar segue aos cuidados.	
		Paciente 394193	
		REALIZADO ECG	
		RESPONSÁVEL: [Assinatura]	
		DATA: 4/12/18	
04/12/18		Fimioterapia Molera (030105001-4) Realizada quimioterapia ativa MMS + PLISAT / MIE - ativa - monitorada em ant. livres M.D.	

003-MGOF



DATA	HORA	EVALUAÇÃO
04/12/18		Pac. Estável, consciente, SS VD.M. 3º D.O. clíto. Tímico e fix. GAT. P.T.D. Alim. macia + m.c.v; expandidado 2o tempo. Ass. médica 25/12/18
05/12/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada aminioterapia em MMII. levantar. 
06/12/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Mentirba Loucura. 
05/12/18		- Paciente estável, consciente, orientado espaciais, hidratação, oxigênio. Clíto V.O com oxigenação. Juntados externos MMII edema de. Sinais auscultando 
11/12/18		Paciente melhor estado, consciente, orientado, desperto, hidratado, afetiv. do fígado. Clíto V.O Caudal MSA. DO (+) E (+). Externos externos MMII, medula de base, afeto ao consócio familiar. 
11.12.18		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada aminioterapia ativa em articulações livres

Ass. Médica
FICHA DE AVALIAÇÃO
CREITO 25.478



Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Severino Sebastião

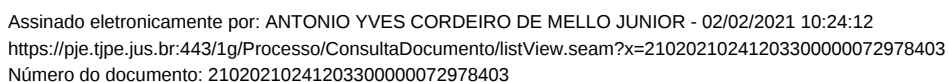
CLÍNICA:

ENF.4

LEFO:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
12/11/2018		Resolutores: Matheus (03020500) - 1 Maneiras: variação e aumento pressão alta hospitalar.

010-BCOF





AME-O

Assistência Médica Especializada de Orobó

Burocracia Debentários do Slos

LAUDO MÉDICO

*Declaro, para fins previdenciários que,
Paciente em questão, apresenta sequelas
de fratura diafisiária de tibia esquerda, dg.
direita, exposto, tratado com fixador
externo. Apresenta déficit de
ampliação do pé direito.*

CID 10: S82.2 + M25.6

27/03/19

Fone: (81) 9.9515-1771

End. Rua 10 de Janeiro, Nº 11 - Centro - Orobó/PE
CEP.: 55745-000





AME-O

Assistência Médica Especializada de Orobó

Declaração

Declaro que o Sr. Severino Sebastião
da Silva foi atendido neste consultório
pelo Odontologista Dr. Marcos Henrique
no dia 27/03/2019 às 10:30, Valor 150,00

Fone: (81) 9.9515-1771
End. Rua 10 de Janeiro, Nº 11 - Centro - orobó/PE
CEP.: 55745-000



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO TAXAS BUREL

Carta, Machado - PE
Nascimento 03-10-1956
C. Cas. nº 124, IV, 01, 24, 19, 62 AS
Sebastião Barbosa da Silva
Devinha Norte de Areajo
VIAIS VO OUTROSSES ONIRIAS
6861-20-40-20-1981

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO TAXAS BUREL

Sebastião Barbosa da Silva
CARTÃO DE IDENTIFICACAO

VALOR DE RENDA E TENDENCIA DE RENDAS
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO TAXAS BUREL

024/0111-5
02-08-89
BANDEIRA
40390/2481

Sebastião Barbosa da Silva
03/10/56
VALOR DE RENDA E TENDENCIA DE RENDAS
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO TAXAS BUREL

702 685 594 20
20 4665549 20
ACAO DE AGUARDACAO DE RENDAS
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO TAXAS BUREL



307



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014206339887	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VR	CCO RENAVAM	RN UNL	EXERCÍCIO
1	1064561308	*****	2018
NOME			
SUZANA MARIA DA SILVA			
MACHADOS-PB			
CPF / CNPJ		PLACA	
065.336.744-98		PIT8920	
PLACA ANT / INT		CHASSI	
***** / P2		9C2200800F8049932	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO PAS	ANO MOU
HONDA / MOTO 400 - 2015		2015	2015
CIP / POT / CIL		CATEGORIA	DOU PROTOCÓLIO
2P / 162CL		PARTIC	SUANCIA
I	DATA ÚNICA	VEIC. DATA ÚNICA	VENO / DATA
P	DPVA 2018 QUITADO		1ª *****
V	FABR ÚNICA	PARTICIPANTE / DATA	2ª *****
A	1	*****	3ª *****
PREÇO UNITÁRIO (R\$)		QTD (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
SEGURO FOGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. ADM CORB BAC MONTA 1/10A			
MACHADOS		DATA	
15/05/18			
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR			





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR 1058P-445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.segurancaulider.com.br> ou ligue para o SAC 0800 0807 021/204 ou 0800 0071 306. Indicação para pessoas com deficiência: acessível e de fácil

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para constar em favor 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, de livre acesso 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). Assim, o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário com 16 ou 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").

Nome completo do RCT: **10425658400** Nome completo do RCT: **EUCLIDES GOMES DA ROCHA DISNETO**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Procedência	
EUCLIDES GOMES DA ROCHA DISNETO	10425658400	AGRICULTOR	
Endereço	Bairro	Complemento	
RUA JOSE ALEXANDRE	001	CASA	
Cidade	Estado	CEP	
CENTRO	PE	55140-000	
Cidade	Estado	Telefone (DDD)	
MACHADOS	PE	811990075955	

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
Atividade Informar	☐ TEM RENDA	☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 10.000,00	☐ R\$ 10.001,00 A R\$ 20.000,00	☐ R\$ 20.001,00 A R\$ 50.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 50.000,00
☐ CONTA CORRENTE (preencher para quem não possui conta)			
☐ CONTA CORRENTE (preencher para quem possui conta)			
☐ BANCO DO BRASIL (preencher para quem possui conta)			
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (preencher para quem possui conta)			
☐ OUTRO (preencher para quem possui conta)			
AGÊNCIA	CORRESPONDENTE	CORRETORA	
9055	17	16989	

Declara que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária pelo o sinistro, autorizo a Seguradora LIDER a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço o devido abatimento do valor indenizado.

10/02/2021, PE 31 - 09:40

Euclides Gomes da Rocha Disneto

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 02.12.2019 CPF DA VÍTIMA 78268559420
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 60 VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, OU PARANTESCO COM A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE
 Nº 70 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CHÁ DE VENTOS
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL andysilva@bol.com.br TELEFONE (81) 99686 4979
99306 5824

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTeira de IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) () LA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR 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 ACTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU EMBULEATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 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 E LEGÍVEL)
 () CARTeira de IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOBRESITAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (JORNALIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (JORNALIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira de IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira de TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOMEM (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTES = R\$ 15.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.000,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DO SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (FARMÉ) = REREMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REREMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTEREÇOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.SINAPRESECURROTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 821 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05.04.2019RECEBIMENTO 4184767ASSINATURA Severino Sebastião

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

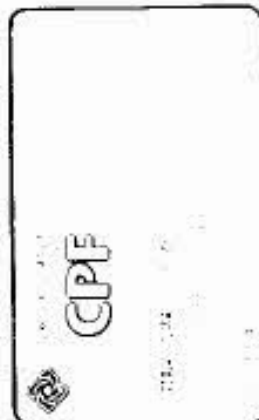
REGISTRO CIVIL 7061607 DATA 02.05.2002

NOME SUZANA MARIA DA SILVA

PAISADO Severino Sebastião da Silva
Maria José Gomes da Silva

NACIONALIDADE Machado-PE. DATA DE NASCIMENTO 18.08.1985

Nº DO CARTÃO C.M.8.523 L.A-07 P.116 Cart. de Machado-PE.



REPÚBLICA FEDERATIVA

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL

IDENTIFICAÇÃO DE SUZANA MARIA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 18.08.1985

Nº DO CARTÃO C.M.8.523 L.A-07 P.116 Cart. de Machado-PE.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredorilider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4033-1584 / Outras regiões: 0800 032 32 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 032 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 032 13 06 | Central Ouvidoria: 0800 032 91 95

Eu, SUZANA MARIA DA SILVA

RG nº 7.061.607, data de expedição 02/05/02

Órgão SDS-PE, CPF nº 06533674498

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA JOSÉ VITORINO DE ANDRADE</u>
Número	<u>70</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CHA DOS VENTOS</u>
Cidade	<u>MACHADOS</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55740-000</u>
Tel. de contato	<u>(81) 99696-4979 99706-5824</u>
E-mail	<u>andriela@elb.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Oxobó, PE, 25 de abril de 2019

X- Suzana Maria da Silva
Assinatura do Declarante



CONTAS A PAGAR				
CONTA CONTRATO	MÉDIO	TOTAL A PAGAR	RESGANTO	DALÇO DE PAGAMENTO
002002519014	0/7/2019	0,00	01/03/2019	Pode debitar, perfurar ou rasurar. Este carnê não será usado em leilão eletrônico.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data do acidente: 02/12/2018 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame: deformidade, edema, hipotrofia do quadríceps direito e rigidez do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo.
 Alta médica.

Sequelas permanentes: Deficit funcional completo (100%) em tornozelo direito.

Sequelas: Com sequelas.

Data do exame físico: 31/05/2019.

Conduta médica:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 Cidade: Machado Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data do acidente: 02/12/2018 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta médica:

Quantificação das

sequelas:

Documentos

complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 Cidade: Machado Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data do acidente: 02/12/2018 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta médica:

Quantificação das

sequelas:

Documentos

complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162840/19

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

CPF: 782.685.594-20

Seguradora: Sabem Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA : 782.685.594-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-9221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data de entrega: 15/05/2019
Nome: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA
CPF: 782.685.594-20

SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2019
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.300.787-12

Patrícia Aleixo Silva



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190324937 Cidade: Machados Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data do acidente: 02/12/2018 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia distal direita.

Descrição do exame físico: Ao exame: deformidade, edema, hipotrofia do quadríceps direito e rigidez do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo.
 Alta médica

Sequelas permanentes: Deficit funcional completo (100%) em tornozelo direito

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 31/05/2019

Conduta médica:

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

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 completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190324937

Nome do(a) Examinado(a): SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE VITORINO ANDRADE, 70 -
MACHADOS/PE - CEP 55740-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 4184167 - SSP PE

Data e Local do Acidente : 02/12/2018

Data e Local do Exame : 31/05/2019 CLÍNICA AVANCE - RUA NOSSA
SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta da tibia distal direita.

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo.

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

Ao exame: deformidade, edema, hipotrofia do quadriceps direito e rigidez do
tornozelo direito.

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

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

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

Dano funcional do tornozelo direito.

**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.**



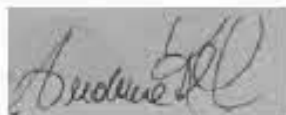
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias	Vide motivo do impedimento no campo das observações
☐ "Sem sequelas permanentes" (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 tornozelo direito	Região Corporal _____
% do Dano ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☒ 100% completo	% do Dano ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo
Região Corporal _____	Região Corporal _____
% do Dano ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo	% 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.
Dano funcional do tornozelo direito: 100%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

