

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210114378

Vítima: Francisco de Sales Meira sa e silva

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E 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\$ 4.218,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **Francisco de Sales Meira sa e silva**

Valor: **R\$ 4.218,75**

Banco: **104**

Agência: **000000045**

Conta: **000987379016-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114378

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: Francisco de Sales Meira sa e silva

Data do acidente: 10/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;
FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE DAS FRATURAS E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO;
E DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 02 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 06 // NÃO FOI APRESENTADO LAUDO DO IML //

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

Autorização de pagamento

Informações Cadastrais

CPF: 583.046.494-20

Nome: Francisco de Sales Meira sa e silva

Data de Nascimento: 15/12/1965

Renda Mensal: R\$100 a R\$1.000,00

Dados Bancários

Titular da Conta: Francisco de Sales Meira sa e silva

Tipo de Conta: Conta Poupança

Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agencia: 0045-

Conta: 00987379016-6

Autorizo a Seguradora Lider a fazer o pagamento para fins de indenização na conta descrita acima.

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PER2885** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

DECLARA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA REFERIDA VIA, QUANDO O CONDUTOR DO FIAT, ATRAVESSOU O CRZAMENTO E ACABOU COLIDINDO COM SUA MOTO, VINDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, PELO CORPO DOS BOMBEIROS (Nº 2019APH001280), QUE DEVIDO AO ACIDENTE FICOU INTERNADO PELO PERÍODO DE 49 DIAS, NO MESMO HOSPITAL (HGV), QUE QUEM CONDUZIU A OCORRENCIA FOI A CTTU (Nº 73935), TENDO A CTTU, DISPENSADO A IDA DO INSITUTO DE CRIMINALÍSTICA, SEM MAIS SEGUE O REGISTRO.

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

FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **NILSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **221.255-2**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096007268**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **13:12**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **10/2/2019** às **11:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA EMILIANO BRAGA, 1, CRUZAMENTO COM A RUA PROFESSOR ANTONIO COELHO** - Bairro: **IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXSANDRO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO

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

FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **CLEIDE MARIA MEIRA** Pai: **JOSE FLORENCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/12/1965** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2766746/SDS/PE (RG) 58304649420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **081996106898**

Endereço Residencial: **RUA ESTEVAO GERSON, 71, APTº 102 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR5314 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 CLEIDE MARIA MEIRA E SA

CPF: 480.478.484-53

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA SILEVIAU BERNARDI Nº 1926 BOND
 EDIFÍCIO RAMSES I

VARZEAVRECIFE
 RECIFE PE
 50740-480

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
145981207	UNICA	04/03/2021
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/03/2021	2000343898	3266256

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0660985026	03/2021
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/03/2021	05/04/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	164,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	183,0000000	0,48225148	75,34
Consumo Ativo(kWh)-TE	183,0000000	0,35929051	58,58
Acréscimo Bancária AMARELA			3,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			25,03
ICMS Subvenção-CDE-NF 134325837-02/12/20			0,83
ICMS Subvenção-CDE-NF 138114050-04/01/21			1,08

TOTAL DA FATURA

164,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3181139885	CA1	02/02/2021	5.080,00	04/03/2021	5.243,00	30	1,00000		163,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 684273

1.1 - Atendimentos em: 10/02/19

1.2 - Às 13 horas e 12 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1110851

2.1 - Internado em: 10/02/19

2.2 - Alta em: 27/03/19

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO TORNOZELO ESQUERDO. 2) FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 10/02/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR. 2) CIRURGIA EM 15/03/19: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL ESQUERDOS (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). 3) CIRURGIA EM 22/03/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA BLOQUEADA E FIOS DE KIRSCHNER EM FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO E CARRO).

DATA: 12.11.2019

HORA: 11:17:47

PASTA: 01.06.2019

TB

RS

Tadeu Buriel
Cf. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buriel.



HOSP

HGV- Hospital Getúlio Vargas



1110851

CNS: 700501124138757

1110851

Prontuário

Paciente: FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA

Nascto: 15/12/1965 Sexo: MASCULINO Fone: (81) 8494-4800

Mae: CLEIDE MARIA MEIRA SA E SILVA

End: RUA ESTEVAO GERSON Nº: 71 Compl:

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

UF: PE

CEP: 50740480 Dt.Cadastro: 10/02/2019 hs: 13:10 Usuário: MARIAGS

ACESSOPRD

12/11/2019

Dt. Impressão: 12/11/2019 11:20

51

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA

Data Nasc.: 15/12/1965

Idade: 53

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA ESTEVAO GERSON

Nº: 71

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50740480

Fone: 84944800

Profissão:

Nome da Mãe: CLEIDE MARIA MEIRA SA E SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MIE E ESCORIAÇAO

Acidente de Trabalho: Sim Não

ENDIMENTO DATA 10/02/2019 HORA: 13:12 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Acidente vítima de colisão moto-carro há ± 2h querendo-se de clar em MIE e MIE. MIE imobilizada sem grande dor, sem edema ungueal. Neg. TCE, neg. demais.*

História do Trauma *neg. náuseas, neg. dor abdominal*

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não

Tipo:

Colisão: Sim Não

Tipo:

Motorista: Passageiro:

Atropelamento: Sim Não

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim Não

Tipo:

Sofreu Queda: Sim Não Altura m

Queimadura: Sim Não

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim Não

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A. Geral

Via aérea esta pérvia: Sim Não

O paciente fala: Sim Não

Temp.: C°

res, úmido, hidratado, corado, orientado, eufórico, etc.

B: Respiratório

MVE AHT 4RA

C: Circulatório

PA: 130 x 80 mmm

Pulso: 89 bpm

PURJA

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

15





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



MTE imobilizado de relato de Fx exposta

E: Abdômen	
afabero em gualental ad exurioses em FID den	
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura de rádio</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 10/02/2019 13:13 h JOSENEIDEAS	impressão: 10/02/2019 13:13 h JOSENEIDEAS

#507 14:55 10/02/19
 Paciente vítima de acidente de moto há pouco de 05 horas
 com trauma em punho e tornozelo esquerdo. Ao 16: fratura
 articular de 1/3 distal rádio (E) (fechado) + fx exposta tornozelo (E)
 1) Clavina 1g, 2amp + AD, 1U
 2) SAT 5000, 1amp, 1M
 3) Ao longo cirúrgico pelo ortopedic
 após alta de cirurgia normal

Dr. Rafael Luz
 CRM-PE 23.217
 16/02/19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Francisco de Sales da Silva

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE: _____

CARTÃO SUS: _____

CLÍNICA: Ortopedia ENFERMARIA: 101 LEITO: 07

Nº DO REGISTRO: 1110251

DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: F. M.

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
Porot Fratura de malleolo lateral medial e

COMORBIDADE:
com fixador externo em TNZE

PROCEDIMENTO SOLICITADO:
Ho com fixo el placa e parafusos em 1503

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):
Fixação do fixador externo

DATA DA INTERNAÇÃO: 10.03.19

DATA DA ALTA: 22.03.19

DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013
0408050497/582.8 + 0408060360/582.8

CID: _____ CARIMBO DO HOSPITAL/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Romulo Moura</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Ypson</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA	<u>Jamison</u>	
5	CLÍNICO		

- PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
 - DIÁRIA DE UTI
 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 - NUTRIÇÃO PARENTERAL
 - USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
 - USO DE OXIGÊNIO
 - USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
 - HEMODIÁLISE

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
o mesmo

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:
22

MOTIVO DA ALTA: DURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA OUTROS _____

OBTO: IML SVO BO: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: _____

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

DATA: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL:
 ASSINATURA: _____



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA

REGISTRO: 1110851

Data da cirurgia: 10/02/2019

Operador: DR. HERISON VIANA

1º auxiliar: DRA HANNA EMILE (MR1)

Anestesista: O (A) PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação: LMC + Redução incruenta + Fixação de tornozelo esquerdo com fixador externo tubo-a-tubo transarticular

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Observado ferimento puntiforme, deformidade e edema importante em tornozelo esquerdo
- 5) Ampliado ferimento
- 6) Realizada limpeza copiosa com SF 0,9%
- 7) Sutura de ferimento com Nylon 3-0
- 8) Aposição de 04 pinos de schanz, sendo 02 em tibia esquerda, 01 em calcâneo esquerdo e 01 em 1º MTTE
- 9) Realizada redução incruenta de fratura-luxação de tornozelo esquerdo
- 10) Aposição de conectores + barras de fixador do tipo tubo-a-tubo em tornozelo esquerdo, de forma transarticular, para fixação de redução sob fluoroscopia
- 11) Confirmada redução satisfatória sob fluoroscopia
- 12) Boa perfusão distal após procedimento
- 13) Curativo estéril

OBS: avaliação do grupo do pé e tornozelo

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17384 / CRM-PE 26633



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA REGISTRO: 1110851

Data da operação: 15/03/19

Operador: DR. MANUEL

1º auxiliar: DR. ROMILDO MUNIZ (MR4) 2º auxiliar: DR LYSON (MR3)

3º auxiliar: DRA. JULIANA MR1 4º auxiliar: DR. ANDRE MR1

5º auxiliar: DRA. FERNANDA MR1

Anestesista: DR. JANILSON

DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL ESQUERDOS

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL ESQUERDOS (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS)

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Garroteamento de MIE;
- 3) Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Realizada incisão em face lateral de tornozelo esquerdo;
- 5) Divulsão por planos anatômicos até foco de fratura;
- 6) Redução cruenta de fratura de maleolo lateral esquerdo e osteossíntese com placa terço de cano 3.5 e fixação com 04 parafusos corticais e 02 parafusos esponjosos.
- 7) Visualizada redução satisfatória da fratura sob fluoroscopia;
- 8) Incisão em região de maleolo medial esquerdo
- 9) Observado foco de fratura
- 10) Redução cruenta
- 11) Osteossíntese com 02 parafusos esponjosos com rosca parcial
- 12) Limpeza com SF0,9%;
- 13) Sutura por planos com Vicryl e Nylon;
- 14) Curativo estéril;
- 15) Retirada de garrote de MIE;
- 16) Observada boa perfusão distal em MIE ao fim do procedimento.

Dr. André Cândia
Médico
CRM - PE: 27767

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA

REG 1110851

Data da operação: 22/03/2019

Operador: DR. ITALO FERRAZ 1 auxiliar: CARLOS THIAGO MR4 2 auxiliar:
ABÍLIO CRUZ MR1 3 auxiliar: ANDRE CANCIO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Tipo de operação: **REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA BLOQUEADA E FIOS DE K EM FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL ESQUERDO**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia bloqueio de plexo braquial esquerdo
- 2) Assepsia e Antissepsia
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) passado garrote pneumático
- 5) incisão volar em radio distal – acesso de henry
- 6) Divulsão por planos até foco de fratura
- 7) Realizado redução cruenta e fixação com placa bloqueada para radio distal em titâneo e 06 bloqueados em titâneo e 01 cortical em titâneo
- 8) observado redução e fixação sob fluroscopia
- 9) realizado acesso de Thompson em radio distal regio dorsal
- 10) realizado redução cruenta e fixação de fragmento dorsal com 2 fios k
- 11) observado redução e fixação sob fluroscopia
- 12) LMC com SF0.9%
- 13) Sutura por planos
- 14) esvaziado garrote pneumático
- 15) observado boa perfusão distal ao término
- 16) TALA LUVA EM M S E

Dr. Abílio Cruz
MÉDICO
CREMEPE 27950



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CANTINA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCISCO DE SALES NEIRA DA S SILVA



CPF: 2746746-2

CEP: 583.040-494-20 DATA NASCIMENTO: 15/12/1965

FUNÇÃO: JOSE FLORENCIO DA SILVA
 CLIDE MARIA NEIRA DA S SILVA

PROFISSÃO: ACC: CATAR: AD

Nº REGISTRO: 02290289881 VALIDADE: 03/09/2013 1ª EMISSÃO: 22/08/1988

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 095118870

CLASSIFICAÇÃO: EXERCE ATIV REMUNERADA:

Francisco de Sales
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 24/10/2008

[Signature]
 ASSINATURA DO EMISSOR: 48367897464
 98027362187

JOIÃO DE NEIRA DA S PERAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 095118870



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CANTINA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCISCO DE SALES NEIRA DA S SILVA



CPF: 2746746-2

CEP: 583.040-494-20 DATA NASCIMENTO: 15/12/1965

FUNÇÃO: JOSE FLORENCIO DA SILVA
 CLIDE MARIA NEIRA DA S SILVA

PROVAÇÃO: [] ACC: [] CATAR: []

Nº REGISTRO: 02890289881 VALIDADE: 03/09/2013 1ª MARCAÇÃO: 22/08/1988

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 095118870

CLASSIFICAÇÃO: EXERCE ATIV REMUNERADA

[Handwritten Signature]

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE, PE DATA EMISSÃO: 24/10/2008

[Handwritten Signature]

48367897464
 88027362187

JOIÃO DE NEIRA DA S PERAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 095118870

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA



ENC. BRASILEIRO / ORIG. BRASILEIRO (P)
2786746 00P PE

CPF DATA NASCIMENTO
583.046.494-20 15/12/1965

FILIAÇÃO
JOSE FLORENCIO DA
SILVA
CLIDE MARIA MEIRA SA
E SILVA

PERMISSÃO ANO CATEGORIA
AD

Nº REGISTRO VIGÊNCIA 1ª EMISSÃO
02890289881 03/09/2013 22/08/1988

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
095118870

DESTINAÇÃO
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Francisco de Sales
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
RECIFE, PE 24/10/2008

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR 48367997664
PR027262197

PROIBIDO PLASTIFICAR
095118870

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

Eu, FRANCISCO DE SALES MEIRA SA C SILVA

CPF: 583.046.499 - 20

ENDERENÇO: RUA ESTORVAM GERSONI Nº 71, BAIRRO: VARZEA

_____, declaro que estou solicitando a indenização/
reembolso do seguro DPVAT, em razão do acidente ocorrido em
10/02/2021, na cidade de RECIFE, no
estado de PERNAMBUCO, conforme a
documentação apresentada neste aplicativo.

Declaro ainda que tenho conhecimento de que poderei ser
responsabilizado civil e criminalmente por qualquer declaração não
verdadeira.

Data: 05/04/2021

Assinado: Francisco Sal Meira

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: FRANCISCO DE SALES MEIRASA CPF da Vítima: 583.046.994-20 Data do Acidente: 10/02/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) [81]98488-7137

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

RECIFE, 18 de MARÇO de 2021
Local e Data

Francisco S. de Meirasa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210114378 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Francisco de Sales Meira sa e silva **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;
FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE DAS FRATURAS E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO;
E DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 02 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 06 // NÃO FOI APRESENTADO LAUDO DO IML //

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095261/21

Vítima: Francisco de Sales Meira sa e silva

CPF: 583.046.494-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Francisco de Sales Meira sa e silva

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

Francisco de Sales Meira sa e silva : 583.046.494-20

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.