



Número: **0015833-21.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/02/2023**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SILVIO CORREIA DE SOUZA (AUTOR)	PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12841 4686	20/03/2023 14:07	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO: 320001558301

VALOR TOTAL: 1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVIO CORREIA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000984631875

Número da Autenticação

BC3FE8085B5D43BB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015583 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO) P15 16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

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 PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19 20

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015583 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO) P15 16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

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 PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P19 20

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



paciente encontrada
no corredor, aguardando
transfêrencia

Transferido para: Clínica Vascular
Senha: 5661761
Renovada dia:

ALERGIA
() Sim:
() Não

AMARELA Silvio Bonina de Souza REG:
LEITO: DATA:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
Dieta	Dieta <u>líquida</u>	
Hidratação		
ATB DO: / /18		
Sintomáticos	<u>Dipirona 500 mg/ml - 01 AMP + AD EV 6/6h se dor ou T > 37,8°</u> <u>Plasil 1 AMP + AD EV de 8/8h se náuseas ou vômitos</u> <u>Ranitidina - 1 AMP + AD EV 12/12h ACM</u> <u>Captopril 25mg D1 comp VO de 8/8h se PAS > 160 ou PAD > 110</u> <u>() SIM () NÃO</u> <u>Atensina 0,150 mg - 01 comprimido, via oral se PAS >= 170 mm Hg</u> <u>e/ou PAD >= 110 se refratária ao captopril</u> <u>() SIM () NÃO</u>	
Anticoagulação	<u>Heparina 5000 UI SC 12/12 h () SIM () NÃO</u>	
Glicemia	<u>Insulina Regular conforme HGT SC:</u> 70-150: 0 UI 251-300: 6 UI 151-200: 2UI 301-350: 8UI 201-250: 4 UI 351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista) <u>Glicose 50 % - 3 AMP EV se HGT <= 70</u>	
Vias Aéreas	<u>Oxigenioterapia: () SIM () NÃO</u> <u>() VNI () Venturi % () Catéter nasal O2 __ litros/min</u> <u>NBZ Berotec __ gotas + Atrovent __ gotas + SF 0,9% __ ml</u> <u>20/20' x de __ / __ h () SIM () NÃO</u> <u>Hidrocortisona __ mg 1 AMP + AD EV __ / __ h</u> <u>() SIM () NÃO</u>	
Diurese	<u>Sonda Vesical de Demora + Medir Diurese () SIM () NÃO</u>	
Cuidados Gerais	<u>SSVV + CCGG</u> <u>HGT de __ / __ h e PA de __ / __ h</u>	
Outros	<u>Uranol 100g + Sft 9 100g (17)</u> <u>Se a Btamina e a Dipirona</u>	

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020



CLÍNICA MÉDICA - EVOLUÇÃO SALA AMARELA

NOME	ID	DATA:
		REG
		LEITO

HD:

TRANSFERÊNCIA : _____ **SENHA :** _____ **HORÁRIO:** _____

EM USO DE: vide prescrição médica

ANAMNESE:

Anorexia	Febre	Cefaléia	Náuseas	Vômitos	Sangramentos
Evacuações		Diurese		Sono	

EXAME FÍSICO

GERAL: () EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO.
() ALTERAÇÕES: _____ PA: _____ mmHg
ACV: () RCR EM 2T \BNF SEM SOPROS () ALTERAÇÕES: _____ FC: _____ bpm
AR: () MV; EM AHT \ SEM RA () ALTERAÇÕES: _____ FR: _____ ipm
ABD: () PLANO; () SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO; () INDOLOR A PALPAÇÃO \ SEM VMG;
() ALTERAÇÕES: _____ RHA _____

EXT () N.D.N () ALTERAÇÕES: _____

CONDUTAS:

*KOTE SEGUROS.
Erica Araujo
09/03/2020*



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

GOVERNO DE
Pernambuco

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO CORREIA DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 709382

1.1 - Atendimentos em: 13/04/19

1.2 - Às 17 horas e 28 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1116643

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO RÁDIO DISTAL COM TRAVA ARTICULAR DIREITA.

4. Tratamento: TALA AXILO PALMAR DIREITA.

5. Observação: COLISÃO MOTO X BICICLETA.

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DO SANTO AMARO EM 14/04/19.

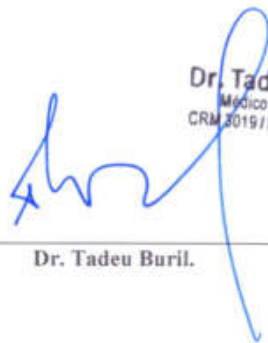
DATA: 4.6.2019

HORA: 09:09:42

PASTA: 01.06.2019

TB

RS


Dr. Tadeu Buriel
Médico Vascular
CRM 3019 / Mat. 0586688

Dr. Tadeu Buriel.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/07/2020





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 709382

Prontuário: 1116643

Nome: SILVIO CORREIA DE SOUZA

Data Nasc.: 09/03/1975

Idade: 44

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4452891

CNS: 706200765437270

Endereço: RUA VESPASIANO

Nº: 60

Bairro: ALTO JOSE DO PINHO

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52210350

Fone: 86592576

Profissão:

Nome da Mãe: SONIA CARNEIRO DE SOUZA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*STO
Antonio
24/4*

Ocorrência: SENHA 5661761, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / BICICLETA, COM DOR E EDEMA EM MSc

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 13/04/2015 HORA: 17:28 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*Parte ulna no cotovelo e no
braço direito; o mesmo membro
TCX*

*União Lacerio Lima
Traumato - Ortopedia
GRU 11774 - PE*

História do Trauma

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

Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: *Trânsito*

Colisão: Sim Não Tipo: Motorista: Passageiro:

Atropelamento: Sim Não Local de Impacto: *rua*

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:

*HNO (-)
DMC (-) labirinto mais alguns medicamentos.*

Exame Físico:

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

edema + dor no punho D

B: Respiratório

o/alt

C: Circulatório

PA: x mmm Pulso: bpm:

temp no cotovelo < 3 graus

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 4 Hora:

Score: 4 Hora:

Score: 6 Hora:

o/alt sensibilidade no motor

*KOTE SEGUNDO
Erica Araújo
09/04/2015 02294812*





**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial: <i>1) Síndrome de raio distal e/trauma articular</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados <i>RX e/trauma articular</i>	
Resultado de Exames: <i>1) Informados</i>	
Tratamento / Procedimentos: <i>2) analg. TC em punho</i> <i>3) BNT 8.000, 100, punho, cirurgião + VAC 9,500, 100, punho, cirurgião +</i>	
Indicação Cirúrgica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: <i>trauma</i>	
Evolução de Enfermagem: <i>Mício Leôncio Lima Filho</i> <i>Traumatista - Ortopedista</i> <i>CRM 11379 - PE</i>	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
<input checked="" type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	
Condição de Alta:	
<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 <i>STC curado</i>	
Médico: _____ CRM/CRO: _____ Data: <i>13/04</i> 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 de 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: 13/04/2019 17:28 h JOSENEIDEAS impressão: 13/04/2019 17:28 h JOSENEIDEAS	

Médico

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/04/2020



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 13/04/2019 17:17

Nome Paciente:	SILVO CORREIA DE SOUZA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	09/03/1975
Sexo:	Masculino
Idade:	44
Senha:	E0021
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/04/2019 17:18 - 13/04/2019 17:18

EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RESULTANDO DOR EDEMA EM MSD

Observação: SENHA 5661761

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

14/04/19 #SOT#

HA: Exame físico normal a nível cervical.

Parado normal, sem queixas no membro.

Exame OK

CD: 12 kg na P. c. e. + c. m. p. i.
Lab. OK

Arlisson Ferreira Leite
2º Tenente Médico
CREMEPE 24082
IDT 070515177-7 MD/EB

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020

Acolhido(a) por: EMERSON LUIZ DO NASCIMENTO CORREIA - COREN: 539975 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/04/2019 17:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

SEDAÇÃO/ANESTESIA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apolar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

AVENIDA GENERAL SAN MARTIN 511 - GARDENS
RECIFE/PE - CEP 50.650-200
FONE 033 31845600

HGV 1028 V.1.2013.

NOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA** 5661291
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
 Nome do Paciente: Silvio Cordeiro de Sousa Idade: 44
 Sexo: M (X) F () Profissão: Arquiteto Fone: _____
 Endereço Residencial: Rua Variação Nº 60 Bairro: _____
 Cidade: Kaue

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
 Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
 Motocicleta: Motociclista (X) Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
 História Clínica Atual: Manteremos trauma de cabeça após queda de altura
 Hipótese Diagnóstica: Fratura de base do crânio

AVALIAÇÃO CLÍNICA
 Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: _____ X
 Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
 Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
 Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
 Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
 Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
 Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 09/01/2020

João Bosco B. L...
 Oropedia / Traumatologia
 CREMEPE 26.670



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
 Abertura Ocular a Voz 3
 Abertura Ocular a dor 2
 Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
 Confuso 4
 Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
 Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
 Localiza Estímulo Doloroso 5
 Retirada ao Estímulo Doloroso 4
 Descorticação 3
 Descrebração 2
 Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave
 ECG 9-13: TCE Moderado
 ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio com/sem tábica ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Míose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Víma () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agração () Alteração do Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Víma () Outros ()

Loiô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Langa perfume () Anfetaminas () Excess ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Análises: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TTO Bilateral

ADILIO CAVALARI

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Reguidor: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: _____

João Bosco B. G. Neto
 Ortopedia/Traumatologia
 CREMEPE 26.670

Local e data

Médico Assistente

KO...
 ERICA...
 09/01/2020





Transfêrência familiar
Protocolo de Atendimento
 DATA: 16/03/2023
 SENHA: 5661761

TIPO DE OCORRÊNCIA:
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Silvia Cordeiro de Souza
 Sexo: M () F () Profissão: Autônoma
 Endereço Residencial: Rua Impassiano N° 60
 Cidade: Recife
 Fone: 44
 Bairro: Casa Amarela

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)
 Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Condutor ()
 Motocicleta: Motociclista () Passageiro ()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Motociclista vítima de acidente Moto x Bicicleta
 Hipótese Diagnóstica: Fra. Anular de Torn. do Ant. Direito

AValiação Clínica
 Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ PA: _____
 Vias Aéreas: FR _____ Dispúria S () N () Turgor mucosas S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
 Sibilos Expiratórios: S () N () BAF: S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido Esternal S () N ()
 Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
 Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xarope: S () N ()
 Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
 Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-150 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---

Assinado em por meu PadPain
 João Bosco B. C. N.
 Ortopedia / Traumatologia
 CREMEPE 26.670



EXAME FÍSICO

Resposta Verbal () Resposta Dolorosa () Inresponso ()

ESCALA DE COMA DE GLASSCO (GCS)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura Ocular Espontânea 4	Orientado 5	Obedece ao comando 6
Abertura Ocular a Voz 3	Confuso 4	Localiza Estímulo Doloroso 5
Abertura Ocular a dor 2	Resposta Inapropriada 3	Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Sem abertura ocular 1	Sem resposta verbal 1	Descorticação 3
	Sem resposta motora 1	Descerebração 2
		Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS GCS

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de distinção cerebral: Déficit Motor () Déficit sensorial labial ()

Dificuldade na fala ()

AVILIAÇÃO PUPILAR: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informar: ()

Hábito Alcolóico () Alteração na pele () Sinais de intoxicação () Alteração no Hemor ()

Uso outras drogas: S () N () Informar: Vício () Outros ()

Leid () Fumaça () Colar ()

CONDIÇÃO CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modulação: _____

FIQZ: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Análise: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condições: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TTO Cirúrgico

LOCALIZAÇÃO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para cuidados especializados: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

João Bosco B. C. R. L. D.

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE 26.670

Médico Assistente

Local e data

001-02





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SILVIO CORREIA DE SOUZA**, **prontuário nº 1168393**, admitido neste hospital em 14/04/2019 com diagnóstico de Fratura de rádio distal direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 17/04/2019.

Recife, 25 de Maio de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRIM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/10/2020

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)

Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA
RG: 4452891

Data: 16/04/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirúrgico de fratura do radio direito e ulna
Neurólise do Mediano

arpó

Osteotomia do rádio CÓDIGO: 04.08.02.042- 3
04.03.02.007-7
04.03.02.012-3
04.08.06.019-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de fratura do radio direito e ulna
Neurólise do Mediano

carpó

Osteotomia do rádio CÓDIGO:04.08.02.042- 3
04.03.02.007-7
04.03.02.012-3
04.08.06.019-0

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:ANTONIO QUEIROZ	19797
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		

4360

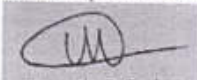
6 CLÍNICA MÉDICA :

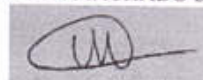
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO. CRM: 27429. Data e Hora: 18/04/2019 10:18:07.


Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429


Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)
Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA
RG: 4452891

Data: 16/04/2019

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

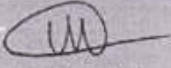
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

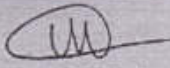
**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO. CRM: 27429. Data e Hora: 18/04/2019 10:18:07.


Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429


Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)
Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA
RG: 4452891

Data: 16/04/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 16/04/2019 - 13:07

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do radio distal direito + fratura do estilóide ulnar direito

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do radio direito e ulna (COD: 04.08.02.042- 3) + Neurólise do Mediano (COD: 04.03.02.007-7) + Tratamento cirúrgico de síndrome do túnel do carpo (COD:04.03.02.012-3) + Osteotomia do rádio (COD: 04.08.06.019-0)

Cirurgião: Antonio Queiroz

Anestesiasta: Bloqueio de plexo + sedação

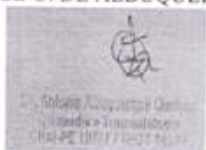
Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Assepsia e antissepsia o membro superior direito.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Incisão volar sobre punho pela via de Henry + dissecação por planos e liberação do retináculo do túnel do carpo.
- 6) Identificado intensa fibrose em volta do nervo mediano e realizado neurolise do mesmo.
- 7) visualizado foco de fratura o foco de fratura do radio sem condições de acessar afundamento da superfície articular.
- 8) Realizado osteotomia do rádio e conseguido acessar e levantar superfície articular distal que encontrava-se afundada
- 9) redução provisória com fios K
- 10) colocação de placa bloqueada para radio distal e realizado fixacao da mesma

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ANTONIO JOSE O. DE ALBUQUERQUE QUEIROZ. CRM: 19797. Data e



Hora: 16/04/2019 16:11:14.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/04/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:636289 Prontuário:1168393 Data de Nascimento:09/03/75 Idade:44 ANO(S)

Nome do Paciente:**SILVIO CORREIA DE SOUZA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:SONIA CARNEIRO DE SOUZA
RG: 4452891

Data: 16/04/2019

com parafusos bloqueados e cortical 3,5mm

10) boa reducao e posicionamento dos implantes, sem invasao articular, por radioscopia.

11) Sutura de planos profundos até pele

12) curativo estéril

13) boa perfusao periferica

14) A SRPA

MEDICO:Dr. ANTONIO JOSE O. DE ALBUQUERQUE QUEIROZ
CRM:19797

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/04/2020

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ANTONIO JOSE O. DE ALBUQUERQUE QUEIROZ. CRM: 19797. Data e

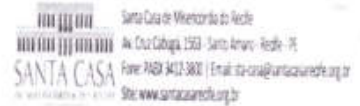


Hora: 16/04/2019 16:11:14.



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta



Nome: **SILVIO CORRÊA DE SOUZA**
Reg.: 636289 Pront.: 1168393
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 09/03/1975 Idade: 44
Conv.: RETAGUARDA GETULIO Admissão: 14/04/2019 16:19 Alta: 17/04/2019 06:29

Admissão:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SAO FRANCISCO	14/04/2019 16:19	17/04/2019 06:29	3 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
ATB+ANALGESIA
RX CONTROLE
RETORNO AO AMBULATORIO DE ALVARO COSTA NO DIA 30/04/19
TALA AXILO-PALMAR

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica



Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM-PE 27429

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 17/04/2019

PACIENTE: SILVIO CORREIA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S52.5 FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

DATA DE INTERNAMENTO: 14/04/2019

DATA DA CIRURGIA: 16/04/2019

DATA DE ALTA: 17/04/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 30/04/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. ANTONIO QUEIROZ

Victor M. C. Cardoso
Médico
CRM.PE 27429

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

KOTE SEGURADORA
Erica Araújo
09/04/2020





Scanned by CamScanner

2 01810 b
3 01812 D





Scanned by CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013609/20

Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA

CPF: 832.420.664-72

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/04/2019

Titular do CPF: SILVIO CORREIA DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SILVIO CORREIA DE SOUZA : 832.420.664-72

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: 10/01/2020
Nome: SILVIO CORREIA DE SOUZA
CPF: 832.420.664-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

SILVIO CORREIA DE SOUZA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



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

SILVIO CORREIA DE SOUZA



SOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 4452891 EDS PE

CPF
 832.420.664-72

DATA NASCIMENTO
 09/03/1975

FILIAÇÃO
 JOSE CORRÊIA DE SOUZA
 ROSA CARMEIRO DE SOUZA

PERMISSÃO
 A

ACC
 A

CAT. RM
 A

PROBACAO
 04898250048

VALIDEZ
 05/12/2019

VALIDACAO
 09/03/2010

OBSERVAÇÕES
 sem observações

Silvio Correia de Souza

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSAO
 05/12/2014

Lib. Th. Oliveira

54168103818
 PE063388605

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1017721760

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1017721760

KOTE SEGUROS
 Erica Araujo
 09/01/2020





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105001863**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/09/2019** às **11:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BOMBA DO HEMETERIO, 1** - Bairro: **BOMBA DO HEMETERIO** - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
SILVIO CORREIA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**

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

SILVIO CORREIA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA CARNEIRO DE SOUZA** Pai: **JOSE CORREIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **9/3/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4452891/SDS/PE (RG), 83242066472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIANTE**
Telefones Celulares:
- **988484546**

Endereço Residencial: **RUA VESPASIANO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020



Placa: **KIN6995** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **203432932**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU NESTA DELEGACIA QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELA RUA PRINCIPAL DA BOMBA DO HEMETÉRIO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CICLISTA QUE SAIU DE TRAS DE UM COLETIVO FAZENDO COM QUE A VITIMA ENTRASE EM COLISÃO COM O MESMO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS SENGUNDO BOLETEM DE ESCLARECIMENTO Nº 1351124 E 1116643 RESPECTIVAMENTE. A VITIMA SOFREU FRATURA NA MÃO DIRETA SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE SEGUNDO PRONTUARIO Nº 1168393.NADA MAIS DISSE ENCERRO ESTA.

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


SILVIO CORREIA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ALESSANDRA RAMOS DA SILVA MAT. 220.869-5 - Matrícula: 2208695**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105002516**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **15:50**

Complementa o BO Número: **19E0105001863**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **13/4/2019** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BOMBA DO HEMETERIO, 1** - Bairro: **BOMBA DO HEMETERIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS (OUTRO)
SILVIO CORREIA DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SILVIO CORREIA DE SOUZA
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

SILVIO CORREIA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA CARNEIRO DE SOUZA** Pai: **JOSE CORREIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **9/3/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4452891/SDS/PE (RG)**, **83242066472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **COMERCIANTE** Telefones Celulares: **- 988484546**

Endereço Residencial: **RUA VESPASIANO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ACAIACA, 257 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO CORREIA DE SOUZA**

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020

13/12/2019 09:11



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KING995** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **203432932**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU NESTA DELEGACIA QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELA RUA PRINCIPAL DA BOMBA DO HEMETÉRIO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CICLISTA QUE SAIU DE TRAS DE UM COLETIVO FAZENDO COM QUE A VITIMA ENTRASE EM COLISÃO COM O MESMO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA UPA DE NOVA DESCOBERTA E DE LÁ ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS SENGUNDO BOLETEM DE ESCLARECIMENTO Nº 1351124 E 1116643 RESPECTIVAMENTE. A VITIMA SOFREU FRATURA NA MÃO DIRETA SENDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE SEGUNDO PRONTUARIO Nº 1168393, INFORMOU AINDA QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE ESTA EM NOME DE EDILSON MAXIMINO DOS SANTOS DE RG Nº 5979659/SDS/PE. NADA MAIS DISSE ENCERRO ESTA.

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

Silvio Correia de Souza
SILVIO CORREIA DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alessandra Ramos da Silva* **ALESSANDRA RAMOS DA SILVA MAT. 220.869-5** - Matrícula: **2208695**



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/01/2020

13/12/2019 09:11



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 832.420.664-72 4 - Nome completo da vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA

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

5 - Nome completo: SILVIO CORREIA DE SOUZA 6 - CPF: 832.420.664-72
7 - Profissão: COMÉRCIANT 8 - Endereço: RUA VESPASIANO 9 - Número: 60 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALTO JOSÉ DO RINHO 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.210-350
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 1819.8488-7131

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:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000 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. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 9846318753 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74 art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 (menor)? 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 Líder pagará, caso devida, 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MÃO À FRENTEZADO

34 _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, OLINDA, 13 DE DEZEMBRO DE 2019

Silvio Cordeiro de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015583

Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVIO CORREIA DE SOUZA

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 15355823

Pag. 01199/01200 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015583

Vítima: SILVIO CORREIA DE SOUZA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVIO CORREIA DE SOUZA

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 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

Recebedor: **SILVIO CORREIA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **000984631875-3**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

