



06/07/2023

Número: **0026181-98.2023.8.17.2001**

Classe: **AÇÃO DE EXIGIR CONTAS**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)	
	LIVIA MENDONCA DE ARRUDA ALMEIDA FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
137190746	06/07/2023 12:10	2884852_JUNTADA_DE_DOCS_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



Número: 0026181-98.2023.8.17.2001

Classe: **AÇÃO DE EXIGIR CONTAS**
Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **16/03/2023**
Valor da causa: **R\$ 6.750,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Nível de Sigilo: **0 (Público)**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)	
	LIVIA MENDONCA DE ARRUDA ALMEIDA FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136702386	28/06/2023 17:32	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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:	08/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321002879203
VALOR TOTAL:	2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000029366

Número da Autenticação

DC000ECD7D24D7EA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 08/08/2023 12:33:24

Número do documento: 23060812306988500000133603897

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060812306988500000133603897>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/08/2023 12:30:59



06/07/2023

Número: **0026181-98.2023.8.17.2001**

Classe: **AÇÃO DE EXIGIR CONTAS**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)	
	LIVIA MENDONCA DE ARRUDA ALMEIDA FERREIRA (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
137190749	06/07/2023 12:10	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 016380058924
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA 11/06/2020
EXERCÍCIO 2020

BRASIL
BRASIL
BRASIL

PLACA 103.14E.704-15

PLACA ANT 103.14E.704-15

ESPECIE 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

PLACA 103.14E.704-15

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 016380058924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

INTERTE LIDER COBRELA DE LIDER

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

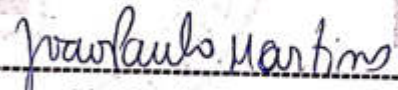
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

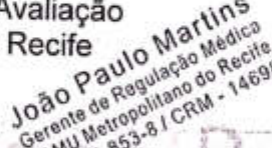


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	059.10.2020
DATA	22.10.2020

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7026607** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **101.733.534-60**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-864311**, que no dia 29 de agosto de 2020, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e moto, por volta das 19h40, na Avenida General San Martins, imediações entre a Praça e a Igreja Adventista, no bairro San Martins, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 22 de outubro de 2020.


Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife


João Paulo Martins
Gerente de Regulação Médica
SAMU Metropolitano do Recife
Mat. 78.853-8 / CRM - 14698

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE
Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE
CEP - 50.060-140 Fone: 3355-7466/E-mail: gia.samu@hotmail.com

Digitalizado com CamScanner

DADOS DO SINISTRO

Número:

3210028792

Cidade:

Recife

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data do acidente:

29/08/2020

Seguradora:

AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO 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 INTENSO DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 1_RELATÓRIO MÉDICO / PÁG. 4_CIRURGIA.

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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



DADOS DO SINISTRO

Número:

3210028792

Cidade:

Recife

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data do acidente:

29/08/2020

Seguradora:

AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO 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 DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 1_RELATÓRIO MÉDICO / PÁG. 4_CIRURGIA.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026861/21

Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 101.733.534-60

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/08/2020

Titular do CPF: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA : 101.733.534-60

- 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: 26/01/2021
Nome: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 101.733.534-60

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2021
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25
Número do documento: 23070612100995900000134003597
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10

Seguradora
LIDER
Seguros e Previdência

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do veículo ou ASI: 3240028792 2 - CPF da vítima: 161.733.534-60 3 - Nome completo da vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 162/2012

4 - Nome completo: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA 5 - CPF: 161.733.534-60
6 - Profissão: Atendente 7 - Endereço: Campos Vilarés Fragozo 8 - Número: 423 9 - Complemento: Casa
10 - Bairro: SAN MARTIN 11 - Cidade: RECIFE 12 - Estado: PE 13 - CEP: 50160-545
14 - E-mail: regismar2008@yahoo.com.br 15 - Tel (DDD): 81-992153674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (titular do banco)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4028 CONTA: 00029366 8 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ 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 raposo(r) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34
Assinatura da vítima/beneficiário ou representante legal

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

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

40 - Local e Data: Recife PE, 02.02.2021
Regismar de Oliveira Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210028792

Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210028792

Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGISMAR DE OLIVEIRA 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 0000029366-8

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



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: 4 - Nome completo da vítima:

101733,534-60 REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA 101733,534-60

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Autonomo Camus Vilares Fragoso 123 Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

SAN MARTIN RECIFE PE 50760-545

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

rose.miranda@valeo.com.br 181-99215-1674

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 00029386 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34 - Imprescindível a assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife PE, 22.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25

Número do documento: 23070612100995900000134003597

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597

Num. 137190749 - Pág. 9

FORM 000001

EXEMPLAR DO CADASTRO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0102000111

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2021 às 16:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 29/8/2020 às 19:40

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA GENERAL SAN MARTIN, 01 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50761-000
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

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

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

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: REGINA CELIA DE OLIVEIRA SILVA
Pai: JOSE GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 26/9/1988 Naturalidade: SAPE / PARAIBA / BRASIL Documentos: 7026607/SDS/PE
(RG), 10173353460 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones
Celulares:
- 81996843690

Endereço Residencial: RUA PEDRO MELO, 431, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA PLACA CG 160 FAN, PLACA PDH9314 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: 0000214 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Digitalizado com CamScanner



Complemento / Observação

file:///C:/Users/almil-info/5.0.9/DocPreview.html

1/1

EXPOSITO DE OCORRÊNCIA

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR REGISMAR DE OLIVEIRA DA SILVA, O SENHOR REGISMAR RELATA SER VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, FATO ESTE OCORRIDO NO DIA 29 DE AGOSTO DE 2020, NAS IMEDIAÇÕES DA IGREJA ADVENTISTA NO BAIRRO DE SAN MARTINS. RELATA A VITIMA QUE ESTARJA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, HONDA CG, QUANDO UM VEICULO INESPERADAMENTE CRUZOU A AVENIDA PELA VELOCIDADE DO OCORRIDO O SENHOR REGISMAR AINDA TERIA TENTADO PARA SUA MOTOCICLETA, MAS NÃO CONSEGUIU E ACABOU COLIDINDO COM A PARTE TRASEIRA DO CARRO. RELATA QUE NO MOMENTO DO OCORRIDO O CONDUTOR DO VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL, SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR EQUIPE DO SAMU 192 CONFORME PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NÚMERO 059-10-2020. POR CONTA DA GRAVIDADE DO ACIDENTE, A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO FICANDO O SENHOR REGISMAR INTERNADO APROXIMADAMENTE UM MÊS NO HOSPITAL.

Assinalura da(s) pessoa(s) presente nesla unidade policial

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: PEDRO MESQUITA DE ALENCAR - Matrícula: 3870103
(Liberado em 13/01/2021 às 17:19)

Digitizado com CamScanner



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: 4 - Nome completo da vítima:

101733534-60 REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA 101733534-60

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Atomemo Camus Vilares Fragozo 123 Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

SAN MARTIN RECIFE PE 50760-545

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

rose.miranda@valeo.com.br 181-99215-1674

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:

☒ RECUO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 00029386 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ 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.

34 - Imprescindível a assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife PE, 22.01.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25

Número do documento: 23070612100995900000134003597

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10

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:	08/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321002879203
VALOR TOTAL:	2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01028
CONTA: 000000029366

Número da Autenticação

DC000ECD7D24D7EA



ENDEREÇO FISCAL

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
CPF/CNPJ: 10173353460
CONSUL VILARES FRAGOSO, 123
SAN MARTIN
50760-545 - RECIFE - PE

ITEM

Digitizado com CamScanner



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25
Número do documento: 23070612100995900000134003597
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 871970

1.1 - Atendimentos em: 29/08/2020

1.2 - Às 20 horas e 13 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 553762

2.1 – Internado em: 29/08/2020

2.2 - Alta em: 21/09/2020

3. Hipótese Diagnóstica : FRATURA EXPOSTA DE ÚMERO DISTAL DIREITO.

**4. Tratamento: 30/08/2020 – LIMPEZA CIRÚRGICA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO.
17/09/2020 – REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS.**

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 8.1.2021

HORA: 14:21:20

PASTA: 01.12.2020

GSL

LP

Gustavo Souza Leão
CRM 11875

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



NT 872021

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 871970

Prontuário: 0000553762

Nome: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data Nasc.: 25/09/1988

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

CPF: 10173353460

RG: 7026607

CNS: 702801668818063

Endereço: RUA DOUTOR FLAVIO FERREIRA DA SILVA

Nº 468

Bairro: TORROES

Cidade: RECIFE

CEP: 50761675

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 87009728

Nome da Mãe: REGINA CELIA DE OLIVEIRA SILVA

Acompanhante: IRMA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT, ENF, MARGARIDA VIT DE COLISAO MOTO/ CARRO SAMU RECIFE B - 06

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/08/2020

Hora: 20:13

Queixa Principal/HDA

Paciente trazido pelo SAMU por colisão MOTO/CARRO há 30 minutos, apresentou sangramento ativo de provável origem venosa em terço médio de MSEsq. + dor importante local + limitação do movimento. Vem consciente e orientado, nega perda de consciência, nega vômitos/ episódios êméticos.
Negam HAS, nega DM, nega alergias;

Área do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☐ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☐ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☐ NÃO
Acidente de Trânsito:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Colisão:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Motorista ☐	Passageiro ☐	
Atropelamento:	☐ SIM ☐ NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	☐ SIM ☐ NÃO	
Queimadura:	☐ SIM ☐ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	☐ SIM ☐ NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia:	☐ SIM ☐ NÃO	O paciente fala:	☐ SIM ☐ NÃO	Temp.:
----------	------------------------	---	------------------	---	--------

EGRég, COTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO

B: Respiratório:

MV+ EM AHT S/ RA SPO2= 97% EM AA, FR= 18ipm

C: Circulatório

PA:

Pulso:

2T BNF S/S FC= 85BPM, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES E SIMÉTRICOS

D: Exames Neurológico

Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Escore: Hora:

Escore:

Hora:

ECOG= 15, PIFR, S/ DÉFICIT MOTOR, RETIRO COLAR CERVICAL INDOOR, PALPO CERVICAL SEM DOR,

E: Abdomen

PLANO, DEPRÉSSIVEL, INDOLOR, S/ VMG, SEM SINAIS IRRITATIVOS, FLACIDO

Diagnóstico Inicial: POLITRAUMA SEC ACIDENTE CARRO/MOTO

Exames/ Conduta:

AV DA CX. VASCULAR + ORTOPEDIA/ SOL. LAB/ PRESC. C/ ANALGESIA/ MONITORAÇÃO/

+ ALTA

de

Cirurgia

de

de

Definição do Caso:

Internamento ☐

Cirurgia ☐

Óbito ☐

Termo de Alta ☐

Evadiu-se ☐

Alta ☐

Transferência ☐

Dr. Arthur Régis
Médico
CRM PE 27.428

ARTUR CESAR DE ALBUQUERQUE REGIS - CRM: Nº.27428

Médico



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25

Número do documento: 23070612100995900000134003597

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/08/2020 20:05

Nome Paciente: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/09/1988
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: E0031
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 29/08/2020 20:06 - 29/08/2020 20:08

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: HISTORIA DE COLISAO MOTO/CARRO HA 30 MINUTOS, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MSESQ. NEGA DM HAS ALERGIAS SINTOMAS GRIPAIS TCE

Observação: TRAZIDO PELO SAMU RECIFE B 06, DIRETO DA VIA PUBLICA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8
- FREQUENCIA CARDIACA: 70.00 BPM (RÍTMICO)
- GLICEMIA: 80.00 MG/DL
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Digitizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25

Número do documento: 23070612100995900000134003597

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Unidade de Saúde:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Nome do paciente:
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Nº do Paciente:
553762

Clínica/Leto:
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR EMILIO VERDE

1º Assistente: DR ABÍLIO CRUZ

2º Assistente: DR IGOR

Instrumentador:

Anestesista: DRA MILENA PANTALEAO

Anestesia: SEDAÇÃO + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Duração:

1ª da Operação: 30/08/2020

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

Operação Proposta:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

Operação Realizada:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

CRIOÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios;
- 4) Observado lesão corto contusa em braço esquerdo próximo ao cotovelo com ares de contaminação e sofrimento muscular
- 5) Realizado LMC + DESBRIDAMENTO + lavagem com SF 0.9% (10 LITROS)
- 6) Sutura de pele
- 7) Aposição de fixador externo transarticular de cotovelo esquerdo (passagem de pinos em umero sobre visualização direta de osso)
- 8) Observado boa redução e fixação sob fluoroscopia
- 9) Curativo local.
- 10) Observada boa perfusão distal após término de procedimento

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMED 27924



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25

Número do documento: 23070612100995900000134003597

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10

Digitizado com CamScanner



REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA		00553762	702801668818
872021	MASCULINO	31a 11m 26d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE UMERÓ DISTAL ESQUERDO

Tratamento:

30/08: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE UMERÓ DISTAL ESQUERDO COM FIX EXTERNO TRANSART TUBO A TUBO
17/09 - OSTEOSINTESE DE COTOVELO ESQUERDO (DR GABRIEL PRAXEDES)

OBS:

- 1- ALTA HOSPITALAR
 - 2- RX CONTROLE NO RETORNO
 - 3- ATB+ANALGESIA DOMICILIAR
 - 4- CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA
 - 5- RETORNO AMBULATORIAL PRO GRUPO DO OMBRO E COTOVELO EM 7 DIAS
- Condições Clínicas (no momento da Alta)

FO EM BOM ASPECTO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS OU SECREÇÃO, REDUÇÃO ADEQUADA SOB RADIOGRAFIAS.

DATA DA INTERNAÇÃO

30/08/2020

DATA DA ALTA

21/09/2020

Recife, 21 DE SETEMBRO DE 2020

IGOR BRANDAO GAIA - CRM: Nº.29358

Dr. Igor Brandão Gaia
CRM: 29358
21/09/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
REGIMAR DE OLIVEIRA SILVA

LOCAL EMISSÃO FORO EMISSOR/UF
7024607 RDS PE

CPF
101.733.834-60

DATA NASCIMENTO
26/09/1988

RELACÃO
JOSE GOMES DA SILVA
REGINA CELIA DE
OLIVEIRA SILVA

PERMISSÃO
ACE
CAR. INCL.
AB

Nº REGISTRO
05104398074

VALIDADE
14/09/2020

PROBILITACÃO
17/12/2010

OBSERVAÇÕES
Exerc. Ativ. Remunerada

Regimar de Oliveira Silva

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE PE

DATA EMISSÃO
15/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

85485765958
PE068548427

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

1107056345

107056345

Digitizado com CamScanner

Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 06/07/2023 12:10:25

Número do documento: 23070612100995900000134003597

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070612100995900000134003597>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2023 12:10:10