



Número: **0037537-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (AUTOR)		EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56451623	14/01/2020 17:49	2624274_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00375373220198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 10 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0037537-32.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (AUTOR)	EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56451 624	14/01/2020 17:49	ANEXO 1	Outros (Documento)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

035.679.774-07

Nome completo da vítima:

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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

Nome completo:

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Profissão:

VIGILANTE

Endereço:

AV. URIEL DE HOLANDA

Bairro:

LINHA DO TIRO

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CPF:

035.679.774-07

Número:

1355

Complemento:

205-E

CEP:

52131-150

Tel. (DDD):

81 98552-7951

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

RENDIA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ 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: 00214526

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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALEZ 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 (assinalar 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 de custos da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das despesas permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, 615, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso o laudo e o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará o valor devido à indenização do Seguro DPVAT, somente aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcir o valor recebido. A fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: RECIFE, 17 DE ABRIL DE 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

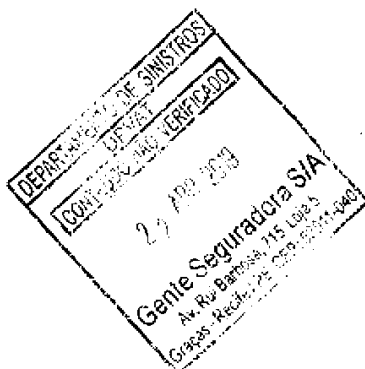
2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FDS 001 V001/2018





513442
0134322/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0105000062**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/01/2019** às **12:58**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/1/2019** às **12:00**

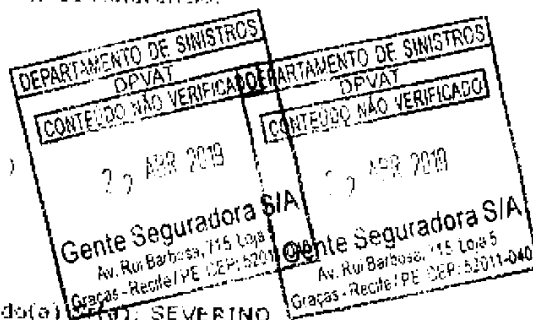
Fato ocorrido no endereço: **RUA URIEL DE HOLANDA, 88881** - Bairro:
BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
PROXIMO AO ARMAZÉM SHALON
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA (AUTOR AGENTE)
DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO. (Outros motivos), que estava em posse do(a) **SANTANA DE OLIVEIRA**
VEÍCULO. (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**



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

DRAILTON FELINTO DE ANDRADE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
AGRINEA MARIA DA SILVA Pai **JOSE FELINTO BEZERRA DE ANDRADE IRMÃO** Data de
Nascimento: **8/8/1978** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 888 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **BREJO DE BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO SANTANA DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe LIDIA MARIA DE OLIVEIRA Pai **WALDEMAR FRANCISCO DE OLIVEIRA**
Data de Nascimento: **26/4/1956** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ALTO DA SAUDADE, 564 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALTO JOSE**
BONIFACIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214526-9

Nr. da Autenticação B61A94784BE8A615



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

1. Ocorrência da Emergência: 672609

1.1 - Atendimentos em: 07/01/19

1.2 - Às 15 horas e 03 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 723493

2.1 - Internado em: 07/01/19

2.2 - Alta em: 08/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA POR ABRASÃO + FERIMENTO EXTENSO + LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO E SOLEO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 07/01/19: LIMPEZA MECANICO CIRURGICA + SUTURA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 11.4.2019

HORA: 15:01:07

PASTA: 01.03.2019

JGAS

LP

Jéssica Guido da Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2187

Dra. Jéssica Guido.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

ATENDIMENTO: 672609

Prontuário: 723493

Data Nasc.: 05/09/1978

Idade: 40

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 5328456

CNS: 702100700082492

Endereço: AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

Nº: 858

CEP: 52191000

Fone: 83025814

Estado: PE

Nome da Mãe: AGRINEA MARIA DA SILVA

Profissão:

Acompanhante: FLAVIO JOSE FERREIRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5594222, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO LESAO EM PERNA ESQUERDA E

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO

DATA 07/01/2019

HORA: 15:03

h * Médico: 13:30

Lesão Principal / HDA:

paciente vítima de acidente de trânsito com colisão de moto há 3 horas. Sem sinais vitais TCE

História 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:

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Transporte Realizado por:

Observações:

Por que:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

BEG, COTE

B: Respiratório

Eupneico.

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular

Score:

Hora:

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Glasgow: Resposta Verbal

Score:

Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora

Score:

Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução da Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade 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: 07/01/2019 15:03 h JOSENEIDEAS impressão: 07/01/2019 15:03 h JOSENEIDEAS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 14:53

Nome Paciente:	DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/09/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	E0024
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 07/01/2019 14:55 - 07/01/2019 14:58

SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE COM RELATO DE COLISAO LATERAL MOTO X CARRO EM USO DE CAPACETE, RETIRADO DO LOCAL POR PEDESTRES NÃO AGUARDANDO SOCORRO DE URGENCIA, HÁ 3HS, APRESENTANDO LESAO COM CURATIVO OCLUSIVO EM PERNA ESQ + SANGRAMENTO.

Observação:

VINDO COM CONDUÇÃO PROPRIA.

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: SUZI ASSIS CARVALHO DE LIMA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/01/2019 14:58

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 DIMINUIDA

☐ 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 apoiar-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 Martín s/n - Condado
Recife/PE - CEP 52.090-000
Fone: (0XX) 81.3184.5600

HGV-1026 V.1.2013.





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: DENILSON FERNANDO DE ARAUJO Idade: 40

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco do Pass () Banco do Cond () De Colisão () N ()

Motocicleta: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete () N ()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: TRABALHO

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda de Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____

Agressão Sexual: () Meus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejecção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Do e sangramento no hemet

Hipótese Diagnóstica: ferida nítida por ur E

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.A.: _____

Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Turgor Interoclar S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()

Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformação do Tórax S () N () Cando/Estilo: 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 ()

Sudorose: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50

< 1 ano 30-50

Crianças 20-30

Adulto 12-20

FC: RN 120-160

< 1 ano 90-140

Crianças 80-110

Adulto 60-100

HGV = 55 44 82 J



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Ativa: ☐ Resposta Verbal: ☐ Resposta ao Estímulo Doloroso: ☐ Inespecífico: ☐

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

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 2	Descorticação 3
	Sem resposta verbal 1	Descorticação 2
		Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor: ☐ Déficit sensitivo labial: ☐
Dificuldade na fala: ☐
Avaliação Pupilar: Isocóricas: ☐ Anisocóricas: ☐ Mióticas: ☐ Mioticas: ☐

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

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 Ossa Longa: Fechada: ☐ Aberta: ☐

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S: ☐ N: ☐ Informante: Vítima: ☐ Outros: ☐
Hábito Alcodílico: ☐ Alteração na Marcha: ☐ Sensibilidade: ☐ Alteração no Humor: ☐
Uso outras drogas: S: ☐ N: ☐ Informante: Vítima: ☐ Outros: ☐
Lóide: ☐ Maconha: ☐ Cocaína: ☐ Crack: ☐ Lapa: ☐ Anfetaminas: ☐ Exese: ☐

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S: ☐ N: ☐
Imobilização Tala Gessada: S: ☐ N: ☐
Antibioticoterapia: S: ☐ N: ☐ Específica: ☐
Oxigenioterapia: Cateter: ☐ Venturi: ☐ CPAP: ☐
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S: ☐ N: ☐
Entubação Orotraqueal: S: ☐ N: ☐
Ventilação Mecânica: Modos: ☐
FIO2: ☐
Reanimação Cardíopulmonar: S: ☐ N: ☐
RX: S: ☐ N: ☐ Analgesia: S: ☐ N: ☐
Infusão de Fluidos: S: ☐ N: ☐ Específica: ☐
Volume de Fluidos Infundido: ☐
Outras Condições: ☐
Intercorrelações: ☐

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Crâniofer

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde será encaminhado: ☐ Hora: ☐
Médico Requisitante: ☐
Transferência com acompanhamento Médico: S: ☐ N: ☐

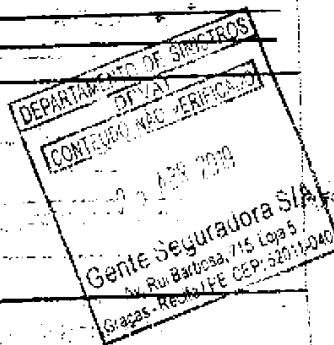
Reubi 7/1/19

Local e data

Dr. F. L. S. Neto
CRM 5387
Médico Assistente

*Autorezo responsabilidade por familiares.
gravidade de ferida*

Dr. F. L. S. Neto
CRM 5387



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Diranilton Felipe da Andrade</u>				12 DIAS VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>72 21193</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fractura extensa do braço E</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>fixação de placa e parafusos</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>07.01.19</u>		DATA DA ALTA: <u>08.01.19</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0415040035</u>		CID: <u>C430</u>		CARIMBO DE VISA/FATURAMENTO	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA	
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Felipe R. Silva</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Alexandre</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>fractura extensa do braço direito com deslocamento e lesão de vasos e nervos</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fractura extensa do braço direito</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Alta</u>					
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		ÓBITO: <input type="checkbox"/> IMI <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:			
<input type="checkbox"/> OUTROS:					
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>Retorno em 15 dias para avaliação da cicatrização</u>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após alta do paciente					
<u>08.01.19</u> DATA					
<u>Dr. Carlos André</u> MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO CRM					

Avenida General San Martin em - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-050
Fone: 0800.81.31845600

HGV-1010 V.1.2013



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Registro: 723493

DATA: 07/01/19

Operador: DR. RAFAEL LUZ

1º auxiliar: DR. ARISSON MRZ

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico Pré-Operatório:

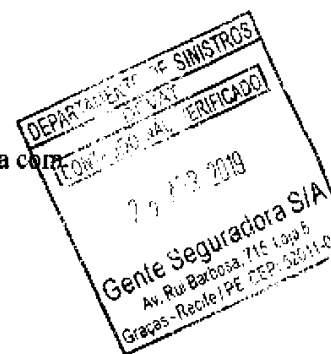
**FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA POR ABRASÃO + FERIMENTO
EXTENSO + LESÃO DE MUSCULO GASTROCNEMIO E SOLEO
ESQUERDO**

Tipo De Operação:

LMC + SUTURA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizado ferimento extenso em região 1/3 proximal de perna esquerda com fratura abrasiva de tibia
- 5) Limpeza copiosa com SF 0.9%
- 6) Desbridamento de bordos de ferida
- 7) Sutura de tecido muscular com vicryl 2-0
- 8) Sutura de pele com nylon 2-0
- 9) Curativo estéril
- 10) Boa perfusão distal após o procedimento



Dr. Rafael Luz
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 25743



HN = 554893

FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Crianças 80-110 Adulto 60-100	FC: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 10-20
--	---

Glicemia Capilar (HGT):
Vias Aéreas: FR
Sintomas Expiratórios: S () N ()
Distribuição Fala/Choro: S () N ()
Agição Psicomotora: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa ()
Pulso: Ritmico ()
Correlação de Pulsos: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudores: S () N () Desidratado: S () N ()

AValiação Clínica

História Clínica Atual:
Doença crônica no pulmão
febre baixa

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Posterior () Capotamento
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Chamar
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo
Queda: () Altura Aproximada
Quemaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Exposições ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Intoxicação Exógena () Análises Periféricas () Agente Causador
Semi-Atendimento/Suplemento () Soroamento
Motocicleta: Motocicleta () Passagem () Uso de Capacete ()
Automóvel (Colisão): Passagem () Colisão ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiros ()
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE EXTERNO)

Cidade: Leite

Endereço Residencial:

Sexo: M () F () Profissão:

Nome do Paciente: Daniel de Almeida

Idade: 40

Em caso de violência/acidente, Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()
Causa Externa: Acidente/Motocicleta () Causa Clínica () Obstrução ()
SENHA

Protocolo de Encaminhamento

Avaliação Primária: Resposta Verbal () Resposta Motora () Inespecífico ()

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 ininteligível 3
Sem resposta verbal 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada do Estímulo Doloroso 4
Desorientação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit sensorial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Mioticas () Mioses ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões intra-cranianas: S () N () Fratura Pénica: S () N ()

Lesões intra-cranianas: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informar: () Não Informar ()
Hábito Alcolólico () Alteração na ingestão () Consumo excessivo () Alteração no Hábito ()
Uso de outras drogas: S () N () Informar: () Não Informar ()
Lado () Mecânico () Cole () Químico () Crônico () Agudo ()

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Específica ()

Oxigenoterapia: Oxigênio () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotracheal: S () N ()

Ventilação Mecânica: S () N ()

Reanimação Cardiocirculatória: S () N ()

RX: S () N () Anestesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Específica ()

Volume de Fluidos Introdzido: _____

Outras Condutas: _____

Intervenções: _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Crânio

ACIDENTE DE TRÂNSITO

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para observação e tratamento: _____

México Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Recife 7/1/19

Local e data

Dr. F. L. S. Neto

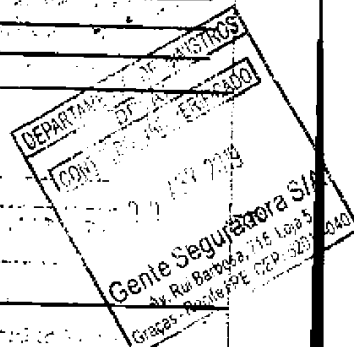
CRM 5367

México Assistente

*Autorezo responsável por familiares
gravidade do ferido*

Dr. F. L. S. Neto

CRM 5367





Data do Atendimento: 07/01/2019 Hora: 12:21:32 PRONTUÁRIO: 53418
No. Atendimento: 1305108 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: VIVIANESILVA
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO

Nome: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE Sexo: M
Data de Nascimento: 05/09/1978 Idade: 40 Anos, 4 Meses e 2 Dias C.I.: 5328456
País ou responsáveis: AGRINEA MARIA DA SILVA
Endereço: ATE 1793/1794 VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 858 - ALTO JOSE BONIFACIO/ - 52081
Cidade: RECIFE Tel.:
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

QPD / HDA: *neuralgia no dorso / com
hem em anexo*

EXAME FÍSICO: *em*

Diagnóstico: *em*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: *em*

Volto em 15 - 20 dias

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *em*

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:
Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Sidney Ribeiro
Médico
CRM-PE 24.649

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 07/01/2019 12:19

Nome Paciente:	DRAILTON FELINTO DE ANDRADE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/09/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	F0014
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

: 07/01/2019 12:20 - 07/01/2019 12:20

DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREN: 334720 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENTE

Cor:

AMARELO

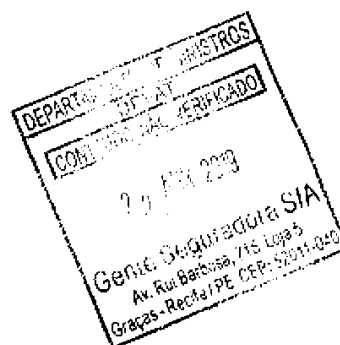
Queixa Principal: PCT TRAZIDO POR FAMILIAR, DÁ ENTRADA NA SALA AMARELA, APRESENTA FERIMENTO EM MIE, RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, SIC.

Observação: HAS - DM -
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
NEGA OUTRAS QUEIXAS

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: DIRCILENE VENTURA DE MORAES - COREN: 334720 - : ENFERMEIRO(A)

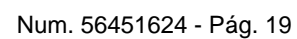
Data Impressão: 07/01/2019 12:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OP/VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Lapa S
Gárcia, Rio de Janeiro - CEP: 20211-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190285872

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Data do acidente: 07/01/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.
LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO SOLEO ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO ALTA. P 9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190285872

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Data do acidente: 07/01/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.
LESÃO DE MÚSCULO GASTROCNÊMIO SOLEO ESQUERDO .

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DEBRIDAMENTO ALTA. P 9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190285872

Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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 14226472





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, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190285872

Vítima: DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PEDRO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DRAILTON FELINTO DE ANDRADE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DRAILTON FELINTO DE ANDRADE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000049**

Conta: **000000214526-9**

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

