



Número: **0001666-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HERIKA GUILHERME DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58996124	10/03/2020 11:55	2690372_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_P ROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00016660420208172001

ARUANA SEGUROS 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 **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

DA GRADAÇÃO EM SEGMENTO DIVERSO AO LESIONADO

Cumprir informar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão no joelho esquerdo com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro inferior esquerdo com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstra a própria avaliação médica realizada em esfera administrativa, **A LESÃO ADQUIRIDA NO MOMENTO DO ACIDENTE OCASIONOU SEQUELAS NO JOELHO ESQUERDO DA PARTE AUTORA:**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA Data do acidente: 10/09/2019 Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O JOELHO ESQUERDO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: JOELHO ESQUERDO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de março 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



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031011554715200000058020097>
Número do documento: 20031011554715200000058020097

Num. 58996124 - Pág. 4



Número: **0001666-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HERIKA GUILHERME DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58996 126	10/03/2020 11:55	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.asp?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Chomenei A de Pequeno inscrito (a) no CPF 056.159.494 / 57 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marika Guilherme da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644 / 92, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Marika Guilherme da Rocha, inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.063.644 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Engenho Água Reda</u>		<u>168</u>	<u>Casa - A</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Imperatriz</u>	<u>MA</u>	<u>PE</u>	<u>51150-030</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>Chomenei.23@gmail.com</u>	<u>81-992442330</u>		<u>81-99988-5004</u>

MA, 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Chomenei A de Pequeno
Assinatura do Declarante

L 0001/2017



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1692891	ATENDIMENTO: 01480939
DATA DE NASCIMENTO: 26/04/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/09/2019 Às	
	DATA DA ALTA: 19/09/2019 ÀS 09:43	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Observação:

CURATIVO DIÁRIO

Encaminhado para:

AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 2 SEMANAS

Dr. Ianer Felling
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7472

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: Nº.7472

Recife, 19, SETEMBRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



SENHA DA REGULAÇÃO:

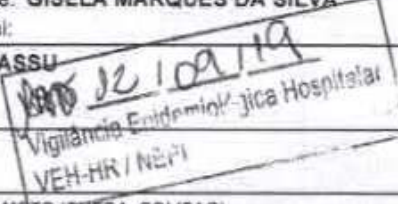


Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1692891	Data e Hora de Atendimento: 10/09/2019 21:33	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual :		
Nº. ATEND.: 1480466	Paciente: HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC	Nm. Social:
Data de nascimento: 26/04/1979	Idade: 40a 4m 15d	Sexo: FEMININO
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: JESSICA
DOC ID / Data expedição	Mãe: GISELA MARQUES DA SILVA	Cartão SUS:
Endereço: TRAVESSA PARAGUASSU	Paí:	Numero 100
Bairro: ZUMBI		Complemento:
Cidade: RECIFE		UF: PE Telefone: 983626417
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		
Procedência: VIA PUBLICA		
Formações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
<p>Urtimo de Colisão moto x Carro de passeio trípode pelo SAMU em Uno de passeio trípode e Colisao com Piloto Uno de Capote. Apresenta FCC em Perno (E) CI perno de tendo e contusão Glauques 15</p>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
<p>AR: Expansão. Premiado e Surtido FC: 98bpm; ACV: FCC 2/2 1/1 Surtido; Abd: Flexão e Insulção</p>		
B: Respiratório		
<p>CD: Suf TC Basso (Cervical)</p>		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm
<p>TOMOGRAFIAS</p> <p>Data: 10/09/2019</p> <p>Mot: Acidente de Trânsito</p> <p>Tou: 10/09/2019</p> <p>Dr. Marcio Freire</p>		



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>				Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora			
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:		

E: Exposição/Abdômen:

NOR quadro de moto
sem perda de conc
GCS, motor e foto
sem deficit motor

Diagnóstico Inicial: agudizado TC crânio e col cervical

Cod. Procedimento

Conduta:

Cristina B. Heinrich
Neurocirurgia Funcional
CREMEPE 30839

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado

Internado na Clínica:

☐ Inalterado

☐ Piorado

Transferido para:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem 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 neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 10-Set-19



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HR RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

Paciente: *Henrique Oliveira* Registro: *Henrique Oliveira*

Clinica: *DA SILVA* Box/Leito/Enfermaria:

CID= *S821*
a tsq, 49 dias
pós op. Suam
corça com cicatriz
a ocluir 60
dias, suar a corça
para mmi + Freno
de modo

Data: *05/11/19* Ass. Castro Médico/CREMEPE

Dr. Henrique Costa Santos
Otorrinolaringologista
CRM-PE 10537

COD. 0340





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-8966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº 060486

1ª Via Fixa

Hospital: HR Convênio: RB-1692871 Cidade: RECIFE-PE
Nome do Paciente: HELIKA GUILHERME DA SILVA Data da Cirurgia: 16/09/19
Médico: D. THAYSSA Membro Operado: MIC

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
01 BASTÃO CANULADO 6,5 (nº 70)	—	01 UNID	

FATURADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/09/2019 21:25

Nome Paciente:	HERIKA GUILHERME DA SILVA SIC
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/04/1979
Sexo:	Feminino
Idade:	40
Senha:	U0038
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/09/2019 21:27 - 10/09/2019 21:28

LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO HA 01 HORA, PACIENTE ERA PASSAGEIRA DA MOTO, ECG 15, FRATURA EXPOSTA EM MID

Medicamento(s): NAO

Observação: SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

11/9/14 # NCR#

Paciente vítima de acidente de trânsito
sem perda de consciência, sem vômitos e dor cefálica
sem queixas no momento

ECG 15, fratura, R+M ⊕

to cômico:

coluna cervical em posição neutra

cd: Vite de NCR
a traumatologia

10/09/2019 21:28
LARISSA MORELIA SÁ
ENFERMEIRO(A)

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2019 21:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Herika Guellherma da Silva Nº do Registro: 1480466

Clinica: Proctologia Nº do Leito: _____

Operador: Dr. Jorbar

1º Assistente: Dr. Thiago Augusto 2º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rafaela

Anestesia: Raqueamento Duração: _____

Data da Operação: _____ Início: _____ Fim: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de fêmur proximal e
em osso + lesão extensa em

Diagnóstico Pós-Operatório: perna e joelho e

Operação Proposta: Debridamento + limpeza + Exatense
de corpo estranho

Operação Realizada: Iguais

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) Paciente em DDH sob anestesia
- (2) Rotina anéptica
- (3) Obstrução profunda extensa com pequenos
expansões ósseas próximas da pele + pele tríplice
importante + presença de material (corpo estranho)
- (4) Exatense de corpo estranho + limpeza e
debridamento
- (5) Debridamento extenso de ferimentos (teorais
musculares e contaminados)
- (6) Limpeza e debridamento de ferimentos
- (7) Sutura por planos, dga, limpeza
- (8) Sutura por planos
- (9) Curativos



Dr. Thiago A. Silva
Médico Proctologista
CRM-12345

CCD. 0342



[illegible]

Encaminado

☐ Acordado

☐ Solicitado

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. i Ent.

☐ UTI

☐ Externo

COD: 0152

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELACÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

PACIENTE

Henka Guilherme da Silva (su)

REGISTRO

1652894

em

10/03/2020

data

10/03/2020

CIRCULANTE

CIRURGIA

Remoção de tecido de necrose de artéria femoral

data

10/03/2020

CIRCULANTE

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICACÃO	QUANT.	MEDICACÃO
11	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
1	Agulha 40x12		Fio de seda	1	Agua destilada 10ml		Naloxona (narcen)
1	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina <i>perda</i>
1	Agulha de bloqueio (nº 25)		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmina
1	Atad. Crepe 20 cm		Fita cardíaca	02	Antibiótico <i>cefazolin</i>		Pancurônio
	Atad. Gessada	11	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático	1	Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº 05 (20)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopuncção nº	1	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
1	Cat. de oxigênio		Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	20	Soro fisiológico <i>300ml</i>
	Câra ósea	05	Luva de procedimento	1	Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc () 20cc ()	1	Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
1	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
1	Eq. De bomba		Sonda de foley nº () *		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado		Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Tomeira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)	1	Xilocaina 2ml
	Fio de aço	1	Fio Unil D		Gelafundin	1	Xilocaina <i>gelatina</i>
	Fio de algodão c/a				Glicose 10ml		<i>cefazolin</i>
	Fio de algodão c/a				Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a				Heparina		
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
1	Fio de nylon 2-0				Hypnomidate		
1	Fio de nylon 3-0				isoflurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003101155472800000058020099

Número do documento: 2003101155472800000058020099

Num. 58996126 - Pág. 10



REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚGICO HR

PACIENTE: Henka Guilherme da Silva (516) REGISTRO: 1692891
IDADE: 40 anos SEXO: M () F (x) SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência Adulto (Gr)

1-EQUIPE CIRÚRGICA
CIRURGIÃO: Dr. Jairo ANESTESISTA: Dr. Rafael
1ª AUXILIAR: Pr. Thiago 2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Marcelina CIRCULANTE: Ronald

2-DADOS DA CIRURGIA:
CIRURGIA: Emprego + Desbridamento de extenso Ferimento de Perna (F) INÍCIO: 00:00 TÉRMINO: 00:50
TIPO DE ANESTESIA: Raque INÍCIO: 23:40 TÉRMINO: 00:55

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (x) GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO (x) SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (x) ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: 71 PULSO: 70 PA: 126x66
PELIS: ÍNTEGRA () LESIONADA (x) DIURESE: ESPONTÂNEA (x) SONDAS () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCERES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO (x) PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (x)

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO (x) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: _____
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: _____ FINAL: _____ CONTROLE DE PERFURDES: FIO ABULHADO: INÍCIO: _____ FIM: _____
ANTIRRÓTICO: PROFIÁTICO: SIM (x) NÃO () QUAL: Glaxolite 2g HORA: 23:45 PREENCHEL: COTA: SIM () NÃO (x)
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (x) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: sem CONFERIDO POR: Rafael + CMC HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (x) OXÍMETRO (x) CAPNÓGRAFO (x) PNI (x) ASPIRADOR MONTADO (x) MANTA TÉRMICA () AP.VÍDEO () TORPEDO DE NITROGÊNIO () TORPEDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGUIRADOS: SIM () NÃO (x)

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

CITÓLOGO PATOLÓGICO: SIM () NÃO (x) NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
DELUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
CULTURA: SIM () NÃO (x) EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) GASOMETRIA: SIM () NÃO (x) RIX: SIM () NÃO (x)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *HELENA BEI VENTURA DA SILVA*

Nº do Registro : *1672841*

Clínica : *TRAUMATOLOGIA*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Felipe Lourenço*

1º Assistente : *Dr. Manoel*

2º Assistente : *Dr. Marcos Lourenço*

Instrumentador :

Anestesista : *Dr. Raulson*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *16/09/19*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura do fêmur da perna esquerda*

Diagnóstico Pós-Operatório : *Ótima*

Operação Proposta : *osteossíntese com placas e parafusos*

Operação Realizada : *A mesma*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Paciente em sala de cirurgia ② Rotina pré-operatória e exames laboratoriais ③ Início do procedimento com a colocação do fio guia no fêmur esquerdo ④ Colocação da placa e dos parafusos ⑤ Fim da cirurgia com a colocação da gaze e do curativo ⑥ Sinais vitais ⑦ Curativo



TIPO DE
DATA:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Henrique Guilherme

do Rocha

1410466

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019

00:50

Transtorno de ansiedade

HD: fratura de tíbia proximal sem desvio
Fracmento extenso em péso e

Requer internação e internamento
cirurgias (note ato operatório)

Procedimentos realizados com sucesso
e sem intercorrências.

A S R

Sigla clínica

Colar todo ortopédico em uso (superior).

Obs.: paciente pré-operatório com TCE
leve (GCS 15), sem vômitos, sem náuseas,
sem dor no local de intervenção, sem comu-

nas. Não altera em exame físico e em

exame físico (mov. ativo e passivo) sem

dor. Rotação colar cervical e mba pl
tudo corrigido.

Dr. Jairo Silva Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM 17458/2007/12286

Dr. Jairo Silva Filho
Cirurgião de Traumatologia
CRM 17458/2007/12286

11/09/19

#5RPRH

06:50

Paciente em PO de fratura de tíbia proximal, ad-
adada pela Traumatologia sob raquiometria sem intercorrências.
No momento, paciente acordado, consciente, orientado, eufórico, de-

1000 PERNAMBUCO DO BRASIL

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Henrique Guilherme de Sousa

1692891

EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/2019

22:10

hematológico / ortopedico

Paciente vítima de colisão moto vs -
carro. Refere dor em pé e
Alergia: nega. Antibiótico: nega
So expirados:

RRR, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%,
somente

MIE - ferimento extenso + 2
unidades expostas ósseas + presença
de corpo estranho (nail). +
manuseio profundo.

CO: Sobito Rx

Prescritor: verônica

1º Triagem A-10112
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10.112

23:20 Nota T.E. glóbulos = 15. S/A2 comit. ao exame.

la pelve = 2 / 100%

PERNA G = Fract. fêmur proximal S/A2?

[10] Ao Bloco 100

Dr. Jairo Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.112

18/09/19
curativo
Rita

12/09/19
curativo
Rita

curativo
15.09.19
Júlia

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Felipe da Silva de Souza

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

7. Traveleto Aguiar

Não Operado

Paciente admitido no setor de cuidados de emergência, apresentando fratura exposta do fêmur direito.

Exame físico: paciente consciente, orientado, sem sinais de choque.

Procedimento realizado com sucesso.

Diagnóstico: Fx. exp. fêmur

- de 1.º grau, sem lesão da pele

- VPM

SRPA DIA # 16/09/19

Admito paciente no PRF de tratamento cirúrgico de Fx. femoral, sem intercorrências. Recibo em ambiente. Nega queixas no momento.

As. nome, EBB, consciente, eupnóica, hidratada.

AEV: per um 21, BNF 1/1. FC = 90 bpm, SpO2 = 98%.

aa; AR: MV+ um APT, 4/RA. PA = 180x90

ABD: globoso, flácido

CD: pla da srpa após efeto anestésico

Jackson Junior

CRM/PE 26152

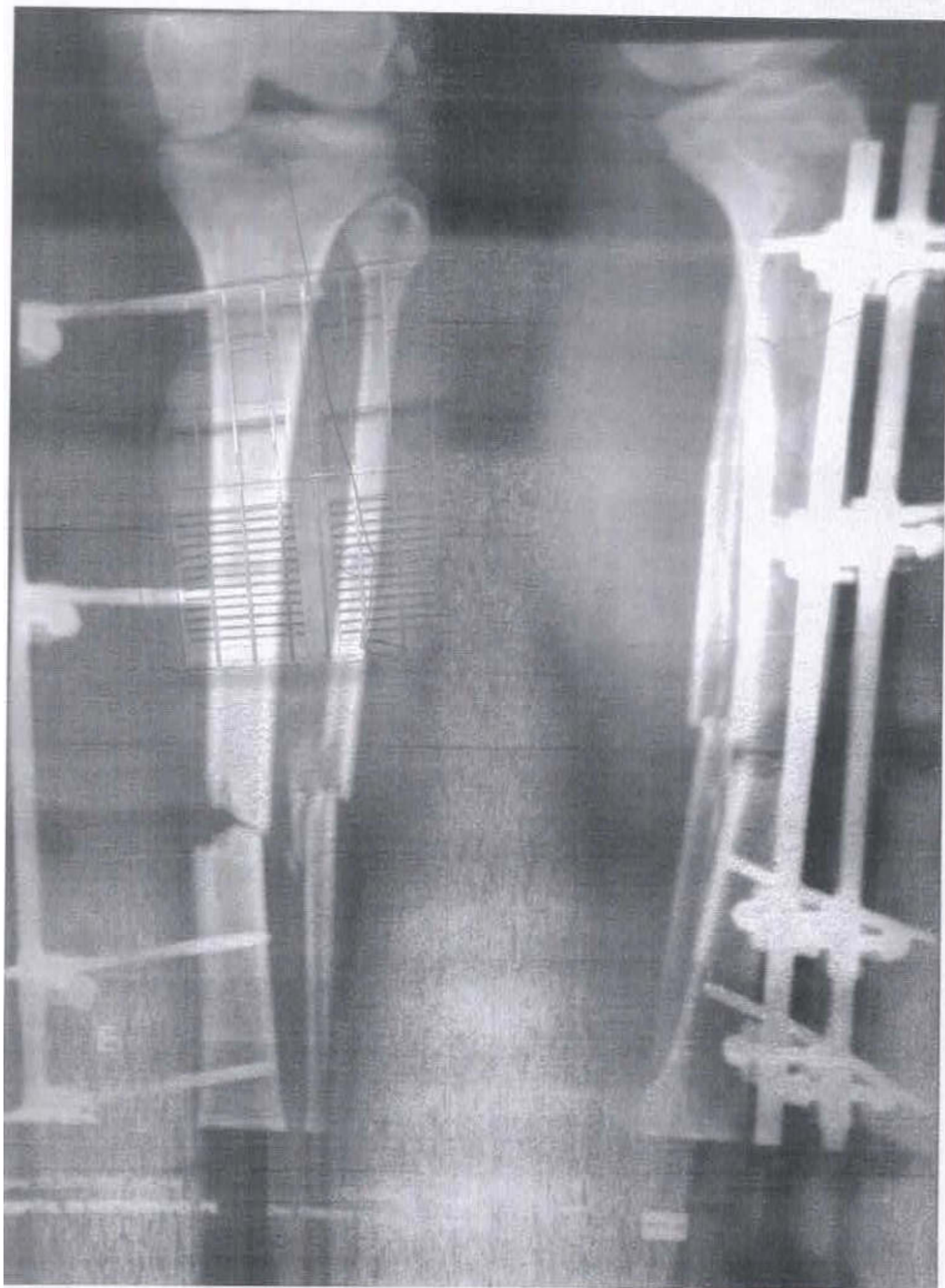
COD. 0123

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/03/2020 11:55:47



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CLAYTON ANTONIO DE OLIVEIRA FREIRE

RG 4018605 ADM PE

CPF 088.159.494-57 DATA NASCIMENTO 14/08/1984

FUNÇÃO MILTON HENRIQUE FREIRE

O MARIA SONIA DE OLIVEIRA

A

PERMISSÃO 20

VALIDADE 17/04/2020

1559888220

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1559888220

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO 15/12/2019

PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	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: 3190696152 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO + OSTEOSÍNTESE - PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. PÁG 7,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Instrumento Procuratório

Através deste instrumento procuratório se faz Outorgante Sr(a):
HERIKA GUILHERME DA SILVA
cujo RG: 5077587, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em
27/06/2009 cujo CPF: 037063644-92, e residente no
endereço: TRAUSSA PARAGUASSU

Nº 100, Bairro: ZUMBI, cidade: RECIFE
UF: PE, CEP: 50711-001

Atribuindo poderes ao outorgado Srº Cleomenes Ancillon de Oliveira Pequeno, cujo RG: 6018605, expedido pelo órgão emissor: SDS-PE, em 09/07/2004, cujo CPF: 056.159.494-57, e residente no endereço: Rua Engenho Água Doce, Nº 168 A, Bairro: Imbiribeira, Cidade: Recife – UF: PE, CEP: 51150-030.

Dos poderes: O presente documento outorga poderes para o fim especial de representar o outorgante em sua presença ou mesmo em sua ausência nas questões pertinentes a informações, atos administrativos e/ou judiciários que se fizerem necessários na movimentação e conclusão de processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Data do acidente:

Tipo de cobertura:

RECIFE, 19 de NOVEMBRO de 20 19



Hérica Guilherme da Silva

Assinatura reconhecida em cartório por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448603/19

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

CPF: 037.063.644-92

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 10/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HERIKA GUILHERME DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO : 056.159.494-57

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

HERIKA GUILHERME DA SILVA : 037.063.644-92

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: 12/12/2019
Nome: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
CPF: 056.159.494-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Steffany Caroliny Lins Veloso





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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 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 15249719

Pag. 00015/00016 - 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696152

Vítima: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HERIKA GUILHERME DA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: HERIKA GUILHERME DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004048

Conta: 000060002882-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA 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: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 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 (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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do 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:

Gráu 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

Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

☐ 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - JOANA BEZERRA - DP3ªCIRC DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0093002173**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/11/2019** às **15:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ILHA JOANA BEZERRA (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO - EM FRENTE A ACADEMIA DA CIDADE - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GILSON JOSE AMORIM REIS (VITIMA)
HERIKA GUILHERME DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON JOSE AMORIM REIS**

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

GILSON JOSE AMORIM REIS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA REIS** Pai: **GILSON AMORIM REIS** Data de Nascimento: **22/2/1977** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5091383/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81981823398**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

HERIKA GUILHERME DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **GICELA MARQUES DA SILVA** Pai: **JAIME GUILHERME DA SILVA** Data de Nascimento: **26/4/1979** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5077587/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81986601699**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 100, TRAVESSA PARAGUAÇU - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GILSON JOSE AMORIM REIS**

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

Descrição: **MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752**

INFORMA AS VÍTIMAS QUE TRANSITAVAM EM UM A MOTO HONDA FAN DE PLACA PET 7752 NO BAIRRO DE JOANA BEZERRA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE MARCA/MODELO FIAT PALIO ATTRACTIV, PLACA PGH 2328, COLIDIU COM OS MESMOS; QUE FORAM SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, Nº DO ATENDIMENTO: DA - 115.09.2019, DATADO DE 04/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE GILSON JOSE AMORIM REIS E Nº DO ATENDIMENTO: DA 116.09.2019, DATADO DE 10/10/2019, REFERENTE AO ATENDIMENTO DE HERIKA GUILHERME DA SILVA; QUE HERIKA GUILHERME DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO Nº 1692891, Nº DO ATENDIMENTO: 01480939 E GILSON JOSE AMORIM REIS FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO Nº 833430, ATENDIMENTO Nº 01480783; AMBOS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Gilson José Amorim Reis
GILSON JOSE AMORIM REIS

(VITIMA)

8 Herika Guilherme da Silva
HERIKA GUILHERME DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **CARLOS TRAVASSOS MOTA** - Matrícula: **2213915**





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:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA 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: Santander

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do 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:

Vivos:

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

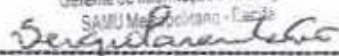


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	116.09.2019
DATA	10.10.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **CLAÚDIA MARIA AMORIM REIS PEREIRA**, portadora do Documento de Identidade nº **5020692** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **024.127.944-56** declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-679352**, que no dia 10 de setembro de 2019, a paciente Sra. **HERIKA GUILHERME DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5077587** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **037.063.644-92**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h20, na Avenida Gov. Agamenon Magalhães, em frente a Academia da Cidade, imediações do Fórum Rodolfo Aureliano, no bairro Ilha Joana Bezerra, Recife/PE e, direcionada para Hospital da Restauração. Recife, 10 de outubro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



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:	26/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HERIKA GUILHERME DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04048

CONTA: 000060002882-4

Nr. da Autenticação 4140BB07203B372F



USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

☐ AUSENTE
☐ FALTADO
☐ RECUSADO
☐ NÃO-RECEBIDO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO
☐ OUTROS (ESPECIFICAR) _____

NÚMERO DO RESPONSÁVEL _____




 CTC RECIFE PE PE 1
 GIZELE DA SILVA REIS
 TRAVESSA PARAGUASSU 100
 ZUMBI
 50711-021 RECIFE - PE

00132285


 7209036539571800000380813130020819
 POSTAGEM: 02/08/2018 VENCIMENTO: 20/08/2018

\$

DE\$CONTO!



TIM

FAC

9912343868/2014-DR9LJ
TIM

Correios



CTC RECIFE PE PL1
CLEOMENES ANCILLON DE OLIVEIRA PEQUENO
R ENGENHO AGUA CLARA 168
IMBIRIBEIRA
51150-040 RECIFE - PE



05



PARA USO DOS CORREIOS

- ☐ 01 - INDECO-SE
- ☐ 02 - ENDERECO INSUFICIENTE
- ☐ 03 - NAO EXISTE N° ENDICADO
- ☐ 04 - FALSO
- ☐ 05 - DESCONHECIDO
- ☐ 06 - RECUSADO

- ☐ 07 - AUSENTE
- ☐ 08 - NAO PROGRAMADO
- ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10 - ENCL. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11 - NAO COMPLETADO (SOLICITADO)
- ☐ 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA

Assinatura do remetente (assinatura)

_____/_____/_____
Rubrica do Remetente

Assinatura

Devolução Eletrônica - CEDO

CAIXA POSTAL 19568
CEP 80.231-970 - CURITIBA - PR



3614049716828920000000125230261119
Kerbel_3614049716828920000000125230261119

