Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/03/2021

Número: **0000302-74.2019.8.17.2310**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**
Última distribuição : **02/07/2019**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Seguro, Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
BRENO BARBOSA DE CASTRO (INTERESSADO (PGM))	**EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (INTERESSADO (PGM))	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76927218	15/03/2021 13:55	Microsoft Word - 2703004_MANIFESTACAO_LAUDO	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOM JARDIM/PE

Processo n.º 00003027420198172310

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 **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, 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

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOM JARDIM, 12 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/03/2021

Número: **0000302-74.2019.8.17.2310**

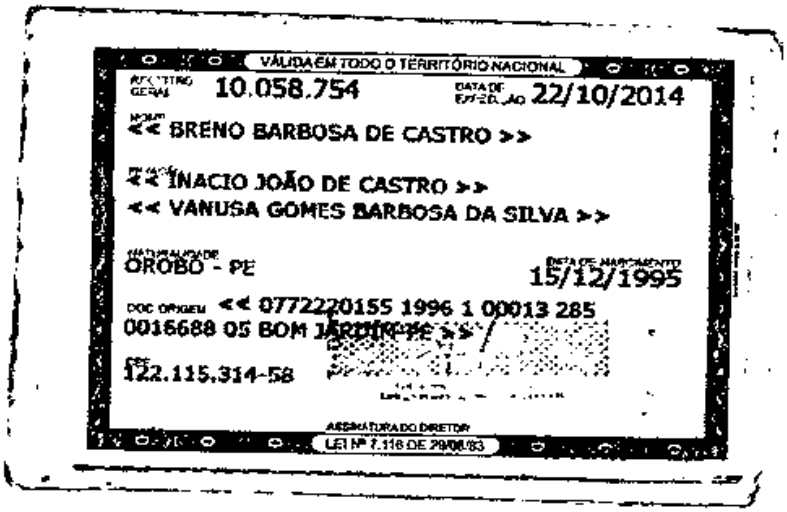
Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Bom Jardim**
Última distribuição : **02/07/2019**
Valor da causa: **R$ 7.087,50**
Assuntos: **Seguro, Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
BRENO BARBOSA DE CASTRO (INTERESSADO (PGM))	**EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (INTERESSADO (PGM))	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76927220	15/03/2021 13:55	ANEXO 1	Outros (Documento)

Documentos de identificação



OUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 014483124176
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	227187415	**********	2016

NOME: YOLANDO FABRICIO DA SILVA
BOM JARDIM-PE

CPF / CNPJ	PLACA
934.180.274-15	KHA7699

PLACA ANT / UF	CHASSI
********* /PE	9C2KD0520AR065232

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: [illegible] | ANO FAB. / ANO MOD.: [illegible]

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA 2016 QUITADO		1ª ********
FAIXA IPVA: 1	PARCELAMENTO / COTAS: **********	2ª ********
		3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

CONTRAN

LOCAL	DATA
BOM JARDIM	21/07/16

Charles Andrade Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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 014483124176 BILHETE DE SEGURO DPVAT
YOLANDO FABRICIO DA SILVA
55730-000
CASA BOM JARDIM-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	21/07/16

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	934.180.274-15	KHA7699

RENAVAM	MARCA / MODELO
[illegible]	HONDA/BROS BROS MIX ES

ANO FAB.	MODELO	Nº CHASSI
2016	09	9C2KD0520AR065232

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130739/19

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Data do acidente: 07/10/2018

CPF: 122.115.314-58

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros

BRENO BARBOSA DE CASTRO : 122.115.314-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 16/04/2019	Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 122.115.314-58	CPF: 068.500.787-12
BRENO BARBOSA DE CASTRO	Patricia Aleixo Silva

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA BRENO BARBOSA DE CASTRO

DATA DO ACIDENTE 07-10-2018 CPF DA VÍTIMA 72215314 58

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO BRENO BARBOSA DE CASTRO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO FEIJÃO

Nº 9A COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE BOM JARDIM UF PE CEP 55730-000

E-MAIL enderfb@hotmail.com.br TELEFONE (81) 99696 4979 99706 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CART[redacted] DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO [redacted]NTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

[redacted]PRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

[redacted]TANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02.04.2019

IDENTIDADE 10058754

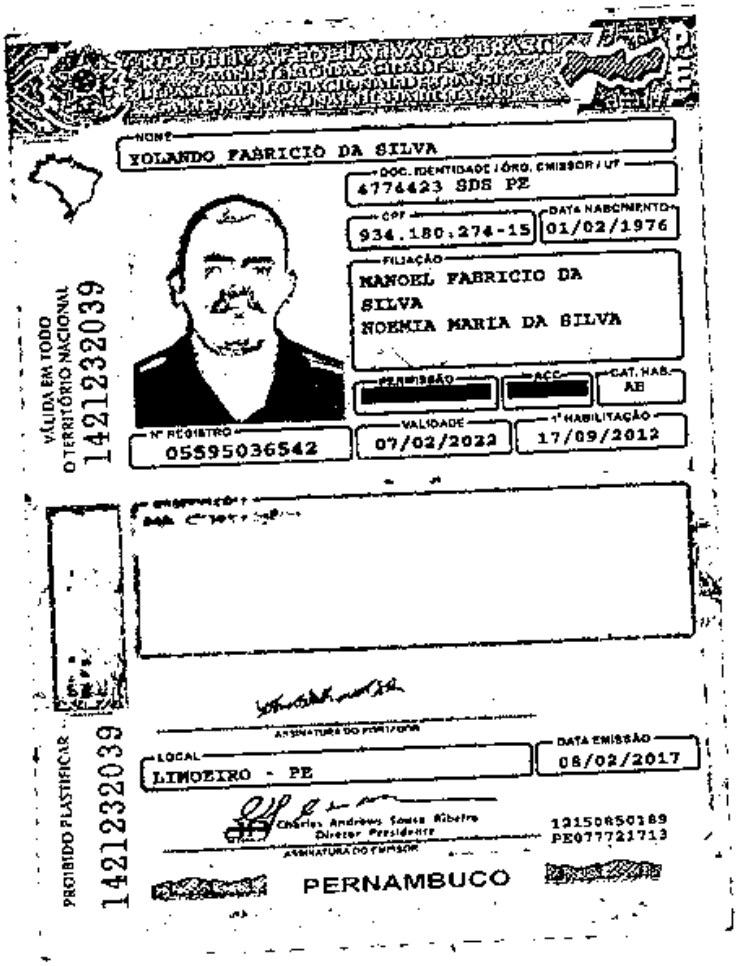
ASSINATURA Bruno Barbosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 02.04.2019

NOME

ASSINATURA Antonio José da Silva Araújo Agente de Correio - Atv. Com. Mat. 8.503.140-5



NOME
YOLANDO FABRICIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4774423 SDS PE

CPF
934.180.274-15

DATA NASCIMENTO
01/02/1976

FILIAÇÃO
MANOEL FABRICIO DA SILVA
NOEMIA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO [redacted]

ACC [redacted]

CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
05595036542

VALIDADE
07/02/2022

1ª HABILITAÇÃO
17/09/2012

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
LIMOEIRO - PE

DATA EMISSÃO
08/02/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

12150850189
PE077721713

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421232039

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421232039

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280258 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. P1/5-FC/6/

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280258 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA. P1/5-FC/6/

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130739/19

Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Data do acidente: 07/10/2018

CPF: 122.115.314-58

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BRENO BARBOSA DE CASTRO : 122.115.314-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 16/04/2019 Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO CPF: 122.115.314-58	Data do cadastramento: 16/04/2019 Nome: Patricia Aleixo Silva CPF: 068.500.787-12
BRENO BARBOSA DE CASTRO	Patricia Aleixo Silva

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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280258 **Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Data do Acidente: 07/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENO BARBOSA DE CASTRO

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

Pag. 00609/00610 - carta_01 - INVALIDEZ

00020305

Carta nº 14242831

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, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280258 **Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Data do Acidente: 07/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRENO BARBOSA DE CASTRO

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 superiores 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: **BRENO BARBOSA DE CASTRO**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **001**
Agência: **000002369-8**
Conta: **000010020946-7**
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

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIP

Autorização de pagamento

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	12271531458	BRENO BARBOSA DE CASTRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: BRENO BARBOSA DE CASTRO		CPF titular da conta: 12271531458	Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO FEIJÃO		Número: 9A	Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BOM JARDIM	Estado: PE	CEP: 55730-000
Email: andesjuto@bol.com.br			Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] 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

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [x] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 2369 DV: 8 (informar dígito se existir)
CONTA NRO: 20946 DV: 5 (informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO: DV: (informar dígito se existir)
CONTA NRO: DV: (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Orobó, PE, 02 de abril de 2019
Local e Data

Breno Barbosa de Castro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COBAN:063676 LOJA:0001 PDV:000002
02/04/2019 BANCO DO BRASIL 10:59:12
236967601 CORRESPONDENTE BANCARIO 0069
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM>POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: BRENO BARBOSA DE CASTRO
AGENCIA: 2369-8 CONTA: 20.946-5

VARIACAO POUPANCA 51
DATA 02/04/2019
NR. DOCUMENTO 23.696.367.600.069

Boletim de ocorrencia

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - LIMOEIRO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0047002482
DE FLAGRANTE DELITO

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/10/2018 05:39**

Número do Aviso de Atendimento: **M10048354**

EMBRIAGUEZ - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **7/10/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, RUA MANOEL DE APRÍGIO** - Bairro: **CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA (AUTOR \ AGENTE - Flagrante de Delito)
A SOCIEDADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA

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

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NOEMIA MARIA DA SILVA** Pai: **MANOEL FABRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/2/** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **03418027416 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SERVENTE** Telefones Celulares:
- **996826809**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BOM JARDIM, 1, SÍTIO FEIJÃO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

A SOCIEDADE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

UMA MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2010 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido:

Não
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHA7899** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **227187415** Chassi: **9C2KD0520AR065232**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MILHARES DE SANTINHOS COM OS NOMES DOS CANDIDATOS SEBASTIÃO OLIVEIRA, CLODOALDO MAGALHÃES, PAULO, HUMBERTO , JARBAS E HADDAD**

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES AO REALIZAREM RONDAS NA CIDADE DE OROBÓ/PE FORAM SURPREENDIDOS COM O SAMU FAZENDO UM ATENDIMENTO A UMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, ONDE VERIFICARAM QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA A ESTAVA PILOTANDO QUANDO O PASSAGEIRO CAIU SEM QUE ELE PERCEBESSSE; QUE, QUANDO O CONDUTOR PERCEBEU QUE O PASSAGEIRO HAVIA CAÍDO RETORNOU E PERCEBEU QUE ESTE ESTAVA COM ESTADO DE SAÚDE BASTANTE GRAVE, MOTIVO PELO QUAL ACIONOU O SAMU. O CONDUZIDO AFIRMOU QUE HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA E QUE O PASSAGEIRO ESTAVA SEM CAPACETE; QUE, O PASSAGEIRO BRENO FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE OROBÓ A FIM DE QUE FOSSE SOCORRIDO E O AUTUADO FOI CONDUZIDO ATÉ ESTA DEPLAN PARA QUE FOSSEM TOMADAS AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS; QUE, O AUTUADO APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGUEZ , TAIS COMO: ODOR ETÍLICO E OLHOS AVERMELHADOS.

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

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

Condutor da ocorrência:
Nome: **GILMAR DE MORAIS CARDOSO**
Cargo: **SOLDADO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **1102452** - Prefixo da viatura: **22221** - Unidade Operacional: **22º. BPM - 22º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**

B.O. registrado por: **FLAVIANE SOUZA DE FRANÇA** - Matrícula: **2737740**

Polícia Civil PE
29
1ª DEPC
121ª Circunscrição
Orobó

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO
Rua Osvaldo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3635-1850

Autêntico a presente cópia fotostática que é a reprodução fiel da original que me foi apresentado. Dou, fé. Bom Jardim, 29 de outubro de 2018. Em testº da Verdade. JOSÉ CARLOS DA SILVA BEZERRA, ESCREVENTE AUTORIZADO Emol: R$ 2,90 - FERC: R$ 0,34 - TSNR: R$ 0,68 - Total: R$ 4,09 Selo: 0077586.HAC10201801.00875 Consulte

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Comprovação de ato declaratório

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
BRENO BARBOSA DE CASTRO	72271531458	07-10-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

Orobó, PE, 02 de abril de 2019

Local e Data

Breno Barbosa de Castro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BRENO BARBOSA DE CASTRO

BANCO: 001
AGÊNCIA: 02369-8
CONTA: 000010020946-7

Nr. da Autenticação B7D863AE3EF03222

Documentacao medico - hospitalar

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. BRENO BARSOSA DE CASTRO , foi vítima de acidente de trânsito no dia 07/10/2018, sofrendo FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO , submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos) .Atualmente apresenta ao exame físico atrofia muscular do MSE em grau acentuado com déficit de força muscular , limitação da extensão do cotovelo esquerdo (-30 graus) , limitação da pronossupinação do antebraço esquerdo , e da flexo-extensão do punho esquerdo . Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 20/03/2019

Dr. Roberto de Castro Coste
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730 / TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **BRENO BARBOSA DE CASTRO, prontuário nº 1148954**, admitido neste hospital em 08/10/2018 com diagnóstico de Fratura de rádio distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 10/10/2018.

Recife, 20 de Fevereiro de 2019.

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

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS

SANTA CASA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: Breno Barbosa de Castro.

Diagn: FRATURA CONSOLIDADA DO MÁRIO ESQUERDO.

Alta ortopédica.

17 [illegible] 2018

Cód.:1226

Única do Radio

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HSA

Identificação do P**BRENO BARBOSA DE CASTRO** 607356

Cartão Nacional de Saúde (CNS)

Data de Nascimento

Sexo 3

Nome da Mãe

Telefone de Contato

Nome do Responsável

Endereço (Rua, nº, Bairro)

Município de Residência

Município de Atendimento

DADOS DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

[redacted]

X

[redacted]

Descrição do Procedimento Principal

Quantidade de Procedimentos Solicitados

Placa DCP 3,5mm 0702030899 01

Parafusos Corticais nº 14/01 ; 16/01 ; 18/04 06

Paciente vítima de Acidente motociclístico, resultando Fratura de Rádio Distal Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DR. AZARIAS SALGADO 09/10/16

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante 1451922420

Documento

Nº do Documento do Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO

Regulador

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

Registro:607356 Prontuário:1148954 Data de Nascimento:15/12/95 Idade:22 ANO(S)
Nome do Paciente:**BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife.09/10/2018-08:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Rádio Distal Esquerdo
Diagnóstico pós-operatório: Fratura Única do Rádio Esquerdo
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos + Ostectomia
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão;
4. Visualizado e identificado Placa e Parafusos, retirada de fibrose entre fragmentos;
5. Retirada de Placa e Parafusos;
6. Realizado ostectomia + remoção de espícula óssea;
7. Realizado manipulação articular para liberação de aderências;
8. Realizado irrigação copiosa com SF 0,9%;

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antissepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão em face volar do antebraço. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura única do rádio, realizado osteotomia + redução da fratura. Realizado a osteossíntese do rádio com 01 placa em DCP, sendo fixada com parafusos corticais. Verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura através de scopia;
4. Limpeza com SF 0,9%;
5. Sutura;
6. Curativo;
7. Tala gessada;
8. RX de controle.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 16/10/2018 08:19:23

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

Registro:607356 Prontuário:1148954 Data de Nascimento:15/12/95 Idade:22 ANO(S)
Nome do Paciente:**BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal Esquerdo CÓDIGO: 0408020407

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos + Ostectomia CÓDIGO:0408020431 / 0408060379 / 0408060174

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Leonardo Guerra	21806
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando Fratura de Rádio Distal Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: **BRENO BARBOSA DE CASTRO**
Reg.: 607356 **Pront.:** **1148954**
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** **15/12/1995** **Idade:** 22
Conv.: RETAGUARDA GETULIO **Admissão:** 08/10/2018 17:40 **Alta:** 10/10/2018 08:52

Admissão:

FRATURA EM RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal	S52.5	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	08/10/2018 17:40	10/10/2018 08:52	2 dia(s)

Orientação:

1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
2) Tomar medicação prescrita;
3) Realizar RX
4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado **Tipo de Alta:** Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531

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

Registro:607356 Prontuário:1148954 Data de Nascimento:15/12/95 Idade:22 ANO(S)
Nome do Paciente:**BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.

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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

BRENO BARBOSA DE CASTRO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S525

Recife, 10/10/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10531

Casa de Recife
Solicitação de Exames

Paciente:	**BRENO BARBOSA DE CASTRO**	**Reg.:** 607356	**Pront.:** 1148954
Telefone:	**81995717548**	**Dt. Nasc.:** 15/12/1995	**RG:** 10058754
Titular:	**BRENO BARBOSA DE CASTRO**	**Matric:**	
Unidade:	**ENFERMARIA SÃO LUIZ**	**Leitos:** LEITO C3	
IH No.:	1 **Admissão:** 08/10/2018 17:40	**Convênio:** RETAGUARDA GETULIO	
CID:	S525	**OS:**	
Data/Hora:	09/10/2018 10:03		

Exames Solicitados:

1) RX PUNHO ESQ - AP/LAT/OBLIQUAS

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531

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

NOME: BRENO BARBOSA DE CASTRO
DATA: 10/10/2018

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ---------- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--ou--

1) PARACETAMOL (750mg) ---------- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ---------- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Reumatologia
CRM 10531

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

NOME: BRENO BARBOSA DE CASTRO
DATA: 10/10/2018

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ---------- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531