



Número: **0012346-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/03/2020**

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	
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76929107	15/03/2021 14:07	Microsoft Word - 2711200_MANIFESTACAO_LAUDO	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00123464820208172001

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 subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA**, 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 indenitória na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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.

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



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,

RECIFE, 11 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0012346-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/03/2020**

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	
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76929109	15/03/2021 14:07	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618748 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA DATA DO ACIDENTE: 27/10/2018 Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
 HORA ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR/FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA/PLACA E PARAFUSOS). ALTA, P 1/6/7/8/

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

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: 3190618748 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA DATA DO ACIDENTE: 27/10/2018 Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA
 HORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR/FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA/PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
 P 1/6/7/8/

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
 faltante:

Apontamento do Laudo
 do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 3.846.211 ORGÃO: SSP/PE

CPF: 718 - 095 - 114 - 53

ESTADO CIVIL: CASADO

ENDEREÇO: R. TOGAQUIM ALMEIDA, 503 APTº 103 B/A
COARDEIRO - RECIFE/PE 50.711.240

OUTORGADO:

NOME: Fernanda Brandão de Oliveira

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 6.141.955 SDS/PE

CPF: 056.639.994-69

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua Conego José Fernandes Machado, Nº 233 - Varzea - Recife/PE

Cep: 50.970-230



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

☐ Escólia (a) (s) (s) que (s) de cobertura ☐ DIÁRIOS/DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ morte

Data do Acidente: 27/10/2018

Recife - 29-10-2019

Local e data

PROCURAÇÃO

Reginaldo Claudio Lúcio da Hora

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Número do Sinistro: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

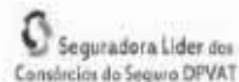
Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Josyelli de Oliveira Cabral



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19
Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
CPF: 718.095.114-53
CPF de: Próprio
Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA
Data do acidente: 27/10/2018
Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA : 718.095.114-53

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: 01/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618748 Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do Acidente: 27/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01419/01420 - carta_03 - INVALIDEZ

00000710



Carta nº 15053714





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, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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 15054667

Pag. 0101501018 - carta_01 - INVALIDEZ

00020600





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo, ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618748

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

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: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000045

Conta: 0000025278-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01/31/01732 - cartã 10R - INVALIDEZ

00020066





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

REGINALDO OLIVEIRA GUEDES DA SILVA

6 - CPF:

718.095.174-53

7 - Profissão:

REVISTA

8 - Endereço:

RUA CARVALHO ALBUQUERQUE

9 - Número:

503

10 - Complemento:

AP. 103

11 - Bairro:

CORDEIRO

12 - Cidade:

RIO DE JANEIRO

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

20071-260

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(21) 98776-9674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAA, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAA, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPEIRAS (somente para a conta poupeiras. Assinale uma opção):☐ Bradesco (257)☐ Itaú (381)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0045

CONTA:

25278

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou CIV)☐ Divorciado☐ Separado judicialmente☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (patrimônio)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos?

☐ Sim☐ Não

Esse cliente do qual a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e provejam esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão do valor devido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FP5.001 V002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0076 - SÃO LOURENÇO DA MAT

DATA: 07/10/2019

HORA: 18:07:45

TERMINAL: 1005

NSU: 000199

AUT: 0007

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

NÚM. DOC.: 000076

AGÊNCIA/CONTA CREDITADA: 0045/013/00.025.278-3

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA MORA

DEPOSITANTE:

O.T.

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Te-Via - Via Cliente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 008ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096006910**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2018** às **13:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAXANGA (BAIRRO), 01 - Bairro: CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SUSP (AUTOR/AGENTE)
MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA (NOTICIANTE)
REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SUSP
VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA

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

MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSE FIRMINO DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/6/1962 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2479481/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 985188905

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 503, RUA JOAQUIM ALHEIROS, AP NÚMERO 103. - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA, que estava em posse do(a) Sr(a): REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

20/11/2018 13:11



Descrição: **DE PLACA PEC 5814.**

VEÍCULO 02 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SUSP**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SUSP**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE QUE A VÍTIMA SUPRACITADO, QUE É SEU MARIDO, TEVE A MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DO MESMO ABALROADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA DIRIGIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO. SEGUNDO A MESMA, APÓS TER DADO CAUSA AO ACIDENTE, O ELEMENTO QUE CONDUZIA O AUTOMÓVEL EVADIU - SE DO LOCAL SEM, PORTANTO, ARGAR COM O ÔNUS DO OCORRIDO. DIANTE DE TAL FATO, A NOTICIANTE VEIO A ESTA DP INFORMAR O OCORRIDO PARA QUE O SEU MARIDO FIQUE AMPARADO LEGALMENTE. AINDA DE ACORDO COM A NARRATIVA DA MESMA, O SAMU FOI ACIONADO, FATO QUE GEROU A DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO NÚMERO 003.11.2018.

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

Maria do Carmo dos Santos da Hora,

MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JORGE RICARDO FREITAS DOS SANTOS**



20/11/2018 13:11





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do seguro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo:

REGINALDO OLIVEIRA GUEDES DA SILVA

6 - CPF:

718.095.114-53

7 - Profissão:

REVISTA

8 - Endereço:

RUA CARVALHO ALBUQUERQUE

9 - Número:

503

10 - Complemento:

AP. 103

11 - Bairro:

COQUELHAS

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50711-260

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(01) 98776-9674

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAA, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 13 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAA, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEMANA (somente para a banca física. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (381)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0045

CONTA:

25278

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (na CMH)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tenha filhos, informar vivos:

☐ Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tenha irmãos, informar vivos:

☐ Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos?

☐ Sim

☐ Não

Exceção da qual a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provejam esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a suspensão do valor devido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0076 - SÃO LOURENÇO DA MAT

DATA: 07/10/2019

HORA: 18:07:45

TERMINAL: 1005

NSU: 000199

AUT: 0007

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

NÚM. DOC.: 000076

AGÊNCIA/CONTA CREDITADA: 0045/013/00.025.278-3

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA MORA

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Te Via - Via Cliente





POR VOZ, TRABALHANDO SEM PAUSA



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 003.11.2018
EM: 07.11.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **MARIA DO CARMO DOS SANTOS DA HORA**, portadora do Documento de Identidade nº **2479481** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **434.835.504-53**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-545056**, que no dia 27 de outubro de 2018, o paciente Sr. **REGINALDO CLÁUDIO LÚCIO DA HORA**, portador do Documento de Identidade nº **3846211** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **718.095.114-53**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 13h10, na Avenida Caxangá, nas imediações ao Hospital Santa Terezinha, em frente ao Restaurante Boi Brasa, Caxangá, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas, Recife, 07 de novembro de 2018.

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

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



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: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000025278-3

Nr. da Autenticação D74EB99ADCF52310



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
ALUNETANIA DAS CIDADES
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Bolero de Pagamento de Licenciamento 2019
Vículos Usados



Data Pagamento
17/01/2019

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
RUA JOAQUIM ALHEIROS 503
APT103 BLA
CORDEIRO
50711-240 RECIFE PE

PEC5814

HONDA/NXR160 BROS ESDD





72 06086638 64504 0000000960 3 0 270119
Versão: 0408/2018 - Postagem: 27/03/2018





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site www.seguredomlides.com.br ou entre em contato com o Departamento de Atendimento ao Cliente.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-12-39 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Duradoura: 0800-022-12-35

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/BIBLIOTECAWEB/DOC/CI/CI0001/CI0001_ASPX?TIPO=1&CDIGO=23636

A Circular SUSEP 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 sobre a 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 COAF.¹

¹ SUPLENTEMENTE DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ORGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTRATAÇÃO E LICITAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PRIVADA, SAÚDE, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CORPO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ORGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO BANCO CENTRAL DO BRASIL, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILEGAIS PREVISTAS NA LEI Nº 9.532/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

inscrito(a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **60** na qualidade de Procurador(a) / intermediário(a) do Beneficiário

Registada Clara Lucia da Hora inscrita(a) no CPF sob o nº 718.095.114 / 53

do sinistro do DPVAT ocorrência Quilômetro da vítima Registada Clara Lucia da Hora

inscrito(a) no CPF sob o nº 718.095.114 / 53 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 à Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MAGALHÃES

Bairro:
BURITANA

Cidade:
RECIFE

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Número:
233

Estado:
PE

Complemento:
CASA

CPF:
58.970-230

Tel (DDD):
81 98852-9424 / 81 99472-7858

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

DLDRL001 0001/2017





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA está internado no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital, na enfermaria 101 leito 03 desde o dia 27/10/18 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar.

Dr. Ronaldo L. L.
Médico
ORUPE/2018

Recife, 31/10/2018





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente Reginaldo Claudio Lucio da Hora está internado neste hospital com data de admissão 27/10/2018 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar. Foi internado com HD: fratura de platô tibial direito + iminência de síndrome compartimental em perna direita. Realizou durante internamento cirurgias: 27/10 → fasciotomia descompressiva em perna direita + redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito tipo tubo-a-tubo.

07/11 → tratamento cirúrgico de fratura de plato tibial com placa e parafuso + fechamento de fasciotomia. Paciente em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico ao ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril.

Atualmente segue aguardando melhora de aspecto de ferida operatória, avaliando a necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Segue também seriando exames laboratoriais.

Recife, 23 de novembro de 2018

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 15.000/2018
02/11/2018





REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA NORA		00161894	
646392	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

Tratamento:

07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BONS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal
Médico
CRMPE 26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Get. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-61
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL
Getúlio Vargas**



ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE O(A) PACIENTE SR(A) REGINALDO CLAUDIO LUCHO DA HORA
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 04/12/2018 NO PERÍODO DE 15 DIAS.
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.

(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) Lei Nº 805/99, ART. 12-C/7-LEI Nº 8.213, ART. 60, § 3º (P/RPS)

CID: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal
FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL
04/12/2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.
26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, 5/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-61
Fone - (81) 3184-5600





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

1. Ocorrência da Emergência: 666951

1.1 - Atendimentos em: 18/12/18

1.2 - Às 09 horas e 56 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se em 18/12/18

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 161894

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: 1) DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

2) PASSADO DE CIRURGIA FRATURA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

4. Tratamento: 1) DESCARTADA TROMBOSE. 2) ANALGESIA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 26.6.2019

HORA: 14:35:44

PASTA: 01.01.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 18.338 ROE 2167

Dra. Jéssica Guido,





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
flicano e surtos.	
Diagnóstico Inicial: <u>gts - contusão fútilis gusul K</u>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <u>Santa Drogas MSB</u> <u>Hemograma Veld 19/12</u>	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Cadastro Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evlução da Enfermagem <u>Paralelo de 136 100 MS surtos</u> <u>TUP 136/100 MS surtos</u>	
Diag. Definitivo: <u>cr - muita cunha surtos</u>	Condição da Alta:
Definição do Caso: <u>cr - muita cunha surtos</u>	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	Assist. Social
Confirmação do Nome:	Assist. Social
Confirmação do Endereço:	
Procedências: ☒ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐	
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade da Alta e Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que dele ele possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastro: 18/12/2018 09:55 h JOSENEIDEAS	Impressão: 18/12/2018 09:56 h JOSENEIDEAS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 666951

Prontuário: 161894

Nome: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Data Nasc.: 27/11/1970

Idade: 48

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF: 71809511453

RG: 3846211

CNS: 701400633122334

Endereço: RUA JOAQUIM ALMEIDA

Nº: 503

Bairro: CORDEIRO

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50711240

Fone: 34451787

Profissão:

Nome da Mãe: CREMILDA LUCIA DA HORA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: DOMICILIO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. POR ENF. MARGARIDA, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO EM 27/10/18, JA ATENDIDO NESTE HOSP.

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 18/12/2018 HORA 09:55 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *paciente com trauma no membro superior direito, dor no ombro e punho direito.*

História do Trauma

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

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atrapeamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de Imobilização Adotadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: Cº

paciente estável

B: Respiratório

aprimado

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm:

SA/SA/SA

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Glasgow 15



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 18/12/2018 09:51

Nome Paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/11/1970
Sexo: Masculino
Idade: 48
Senha: E0009
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/12/2018 09:52 - 18/12/2018 09:53

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

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO EM 27/10/2018, EVOLUI COM DOR + EDEMA EM MID

Observação: PROCEDENTE DO AMBULATORIO, ENCAMINHADO POR DR. HIGINO

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): EDEMA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4

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

Data Impressão: 18/12/2018 09:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		 FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA	
NOME: _____			
Nº DO REGISTRO: _____		SETOR: _____	
		DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____	
ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.			
☐	IDADE ≥ OU IGUAL 65 ANOS		
☐	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS		
☐	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO		
☐	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE		
☒	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA		
☐	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINuíDA		
☐	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA		
☐	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)		
☐	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA		
☐	SEDAÇÃO/ANESTESIA		
☐	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
☐	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL		
☐	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA		
☒	PACIENTE CIRÚRGICO		
CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.			
☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA		☐ NÃO SE APLICA	
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:			
☐	SIM		
☐	NÃO		
		ASSINATURA (ORIENTADO): _____	
RECOMENDAÇÕES:			
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; 2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas; 3. Orientar a não trancar portas; 4. Orientar a não andar nem circular na enfermagem ou corredor no momento da limpeza; 5. Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios; 6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; 7. Estimular o uso de acessórios de apoio; 8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se; 9. Manter iluminação adequada durante a noite; 10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas; 11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte; 12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos; 13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho; 14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.			
ENFERMEIRA/COREN: _____			

HQV 1036.V.1.2015

Ativida de Saú de Em Mello Jô - Cordeiro
 Rua S. E. - CEP 51.530-000
 Fone: (085) 3134-5000





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

1. Ocorrência da Emergência: 646375

1.1 - Atendimentos em: 27/10/18

1.2 - Às 14 horas e 01 minuto.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 161894

2.1 - Internado em: 27/10/18

2.2 - Alta em: 04/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO + SÍNDROME COMPARTIMENTAL NA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: 1ª CIRURGIA EM 27/10/18 - FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA PERNA DIREITA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NO JOELHO DIREITO.
2ª CIRURGIA EM 07/11/18 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + FECHAMENTO DE FASCIOTOMIA COM AVANÇO DE RETALHO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

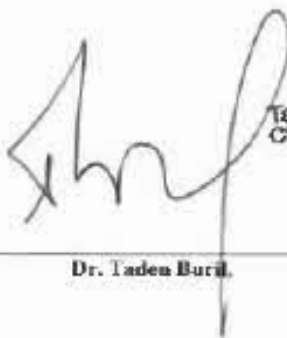
DATA: 18.11.2019

HORA: 09:12:55

PASTA: 01.11.2019

TB

RS


Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



HOSPITAL GETULIO VARGAS



646392

NT: 646375

Prontuário: 161894

Prontuário: 161894

CNS

Paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA SILVA

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Idade: 47 Anos 11 Meses

NO

Cor:

Nascimento: 27/11/1970

Sexo: MASCULINO

CNS:

Endereço: RUA CAVALHEIROS, 100 - JARDIM

Cidade: RECIFE - PE

Nº: 503

Estado: PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - DATA: 27/03/2015 - HORA: 14:01 - URGÊNCIA: EMERGÊNCIA

Profissão:

Nome do Paciente: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. POR ENF. EMERSON, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 27/03/2015 HORA: 14:01 Médico:

Queixa Principal / HDA:

paciente vítima de queda de motocicleta
após deparo de voluntário refere dor em M.I.D

História do Trauma:

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

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta aberta: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

Ed. Periferica, Orientado, Resposta adequada

B: Respiratório

FW ⊕ S/RA

C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: 75 bpm

juvo cheio:

2ck em 2T

BNLS / Sopos

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 04 Hora:

Score: 05 Hora:

Score: 06 Hora:



Glasgow 15; 2pacientes





HOSPITAL GETULIO
EMERGÊNCIA



pt. 1000 → 5/1/2018

Abd. plano, superficial, 1/2000, indolente

Diagnóstico Inicial: D. 1) Abd. de Bueche (pes) + dor e indolente

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames: Pericardio presenciado

Tratamento / Procedimentos: VIT 0,5ml 1h / SAT 5000 U/L

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem: Do Bloco Cirúrgico MBS. Alta da

Diag. Definitivo: Cirurgia

Definição do Caso:

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

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

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

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

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: Nome completo legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Cadastramento: 27/10/2018 14:01 h JOSENEIDEAS Impressão: 27/10/2018 14:01 h JOSENEIDEAS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 27/10/2018

Nome Paciente:	REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	27/11/1970
Sexo:	Masculino
Idade:	47
Senha:	E0018
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 27/10/2018 13:55 - 27/10/2018 13:58

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO RESULTANDO DOR EDEMA EM MID NGA DESMAIO.

Observação: PACT CHEGOU NESTA UNIDADE DE SAUDE (HGV) COM O SAMU.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Diagnóstico(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM (RÍTMICO)
- GLICEMIA: 99.00 MG/DL
- TEMPERATURA: 36.00 °C

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

Data Impressão: 27/10/2018 13:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO
RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

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

☒ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☒ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☒ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☒ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☒ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

☒ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☒ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLUCEMIA)

☒ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☒ SEDACÃO/ANESTESIA

☒ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☒ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☒ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

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

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☒ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

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

ENFERMEIRA/COREN: _____

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/03/2021 14:07:55
https://pje.tje.pe.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103151407556000000075377217
Número do documento: 2103151407556000000075377217

HQM-1.028 V.1.2013.1





REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA		00161894	
640392	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

Tratamento:

07/11: TTD CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

OBS:

PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO

27/10/2018

DATA DA ALTA

04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

Dr. Fabio Moura Rego Nogueira Leal
CRM/PE 26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gen. San Martín, 5/N - Cordão - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: **REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA** REG: 161894
Data da operação: 27/10/18

Operador: **DR. EMILIO VERDE** 1º auxiliar: **DR LYSON MR2**

2º auxiliar: **DRA HANNA MR1**

Anestesista: **DRA MARIA JOSE**

Diagnóstico pré-operatório: **FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO +
IMINÊNCIA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA DIREITA**

Tipo de operação: **FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA EM PERNA DIREITA +
REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
TRANSARTICULAR EM JOELHO DIREITO TIPO TUBO-A-TUBO**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui-anestesia;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 4) Observado no pré-operatório, apesar de boa perfusão distal em MID, edema importante e tensionamento em panturrilha direita e não conseguimos palpar pulso pedioso a direita e palpamos pulso tibial posterior a direita diminuído em comparação ao contralateral (iminência de síndrome compartimental)
- 5) Realizada incisão em face medial e lateral de perna direita (fasciotomia descompressiva) e visualizado drenagem de hematoma fraturário e moderada isquemia em tecidos musculares
- 6) Realizada redução incruenta de fratura e aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em joelho direito (Fluoroscopia não disponível no momento)
- 7) Realizada limpeza das incisões com SF 0,9%
- 8) Curativo estéril
- 9) Observado ainda boa perfusão distal ao final procedimento, porém não conseguimos palpar pulsos distais em MID

OBS: AVALIAÇÃO DE CIRURGIA VASCULAR EM CARATER DE URGÊNCIA

Dra. Hanna Emile
Médica
CRM-PE 25533





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Registro: 161894

Data da operação: 07/11/2018

Operador: DR. CRYSTIAN

1º auxiliar: DR. LYSON

2º auxiliar: Dra. HANNA

Instrumentador: ALEXANDRE

Anestesista: DRA LUCIANA SOUZA **ANESTESIA:** RAQUIANESTESIA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO +

FASCIOTOMIA EM PERNA DIREITA

Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO COM PLACA DCP EM "L" E PARAFUSOS + FECHAMENTO DE FASCIOTOMIA EM PERNA DIREITA COM AVANÇO DE RETALHO

Descrição:

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia
- 2) Retirada de fixador externo transarticular do joelho direito
- 3) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis
- 4) Observada incisões de fasciotomia em face medial e lateral de perna direita
- 5) Realizada ampliação para proximal de incisão de fasciotomia lateral em perna direita, cerca de 6cm
- 6) Dissecção por planos até foco de fratura em platô tibial direito
- 7) Realizada redução cruenta e fixação em ponte com placa em DCP 4,5 em L fixada com 04 parafusos corticais (destes, 03 distais e 01 proximal) e 02 parafusos esponjosos proximais, com controle por radioscopia
- 8) Observada redução satisfatória sob fluoroscopia
- 9) Realizada limpeza com SF 0,9%
- 10) Realizado fechamento de fasciotomia em faces medial e lateral de perna direita com Vyvril e Nylon
- 11) Realizado curativo esteril
- 12) Ao final do procedimento observado pulsos distais presentes, palpáveis e simétricos

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17384 / CRM-PE 28633





REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA SILVA		00151894	
645392	MASCULINO	48a 0m 7d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 101-03



Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

___ **Diagnóstico:** _____
FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

___ **Tratamento:** _____
07/11: TTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS

___ **OBS:** _____
PACIENTE RECEBE ALTA ORIENTADO A RETORNO AMBULATORIAL

___ **Condições Clínicas (no momento da Alta)** _____
BOAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
27/10/2018	04/12/2018

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

Dr. Fabiano Moura Rego Nogueira Leal
CRM: 26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gen. San Martin, S/N - Condado - Recife - PE - 50630-060
CHPS - 18.572.048/0005-51
Fone - (81) 3194-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



ATESTADO MÉDICO

ATESTO, QUE O(A) PACIENTE SR(A): REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA SILVA
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 04/12/2018 NO PERÍODO DE 15 DIAS.
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.
(VALIDADE ATÉ 15 DIAS) LEI Nº 605/49, ART. 12-CET-LEI Nº 8.713, ART. 60, § 2º-PCRS
CID: S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Recife, 04 DE DEZEMBRO DE 2018

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal
CRM: 26551

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.
26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, 5/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente Reginaldo Claudio Lucio da Hora está internado neste hospital com data de admissão 27/10/2018 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar. Foi internado com HD: fratura de platô tibial direito + iminência de síndrome compartimental em perna direita. Realizou durante internamento cirurgias: 27/10 → fasciotomia descompressiva em perna direita + redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito tipo tubo-a-tubo. 07/11 → tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial com placa e parafuso + fechamento de fasciotomia. Paciente em bom estado geral, consciente e orientado, eupneico ao ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril.

Atualmente segue aguardando melhora de aspecto de ferida operatória, avaliando a necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Segue também seriando exames laboratoriais.

Recife, 23 de novembro de 2018

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico
CRM/RN 25551





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

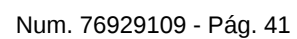
Declaro para os devidos fins que REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA está internado no setor de Ortopedia e Traumatologia deste Hospital, na enfermaria 101 leito 03 desde o dia 27/10/18 até a presente data, sem previsão de alta hospitalar.

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
GRUPO 00001

Recife, 31/10/2018



873220197



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014483771937	
VEIC	CDS RENAVAM	RNTA	EXERCÍCIO
1	1047656806	*****	2018
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA MORA			
RECIFE-PE		0	
CPF / CNPJ		PLACA	
718.095.114-53		PEC5814	
PLACA ANT. / UF		CDS	
***** / PE		9C2ED0010FR445475	
ESPÉCIE		COMBUSTÍVEL	
MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / NXR160 BROS ESDD		2015 / 2015	
CAP. MOT. / CIL.		CATEGORIA	
29 / 152CL		PARTIC	
COSTA ÚNICA		CDS PREL DOMINANTE	
IPVA 2018 QUITADO		PRETA	
PARA ÚNICA		1ª *****	
INVESTIMENTO / CUSTAS		2ª *****	
*****		3ª *****	
PRÊMIO TANTARÍO			
SEM RESERVA			
RECIFE-PE			
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			
DATA 02/02/18			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS DE TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, E PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PE Nº 014483771937 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA MORA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradotalider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
0			
RECIFE-PE		DATA EMISSÃO	
2018		02/02/18	
VEIC	CPF / CNPJ	PLACA	
1	718.095.114-53	PEC5814	
MARCA / MODELO		CATEGORIA	
1047656806 HONDA / NXR160 BROS ESDD		PARTIC	
ANO FAB. / ANO MOD.		CDS	
2015 / 2015		9C2ED0010FR445475	
PRÊMIO TANTARÍO			
SEM RESERVA			
RECIFE-PE			
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			
DATA 02/02/18			



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Reinaldo Claudio Lucio da Hora
 DATA DO ACIDENTE 22-10-2018 CPF DA VÍTIMA 718.095.714-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Leandro Renato de Oliveira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIR PROTESTADO COM A VÍTIMA E Procurador
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Tenente José Fernandes Machado
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO URZ Várzea
 CIDADE RECIFE UF PE CEP 50920-320
 E-MAIL TELEFONE (21) 9 8552-9624

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (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)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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 CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ÚLTIMA DEFUNTA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (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 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍBITO 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 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE = R\$ 23.500,00
- 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 6.194/76.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = RESERVIDO 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, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 545 0147

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/10/2018
 IDENTIDADE 718.095.714-53
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/10/2018
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384448/19

Vítima: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

CPF: 718.095.114-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2018

Titular do CPF: REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Bolém de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IMI
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA : 056.639.994-69

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

REGINALDO CLAUDIO LUCIO DA HORA : 718.095.114-53

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: 01/11/2019
Nome: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.639.994-69

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cezar
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cezar

