Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

29/06/2020

Número: **0015660-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **19/03/2020**
Valor da causa: **R$ 11.542,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LEONARDO SEVERINO DA SILVA (AUTOR)	**PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63944411	29/06/2020 11:48	ANEXO 2	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER

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

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636573 **Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA**

Data do Acidente: 03/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00575/00576 - carta_01 - INVALIDEZ

00020288

Carta nº 15116057

Seguradora LÍDER

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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636573 **Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA**

Data do Acidente: 03/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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 01801/01802 - carta_02 - INVALIDEZ

00050901

Carta nº 15135250

Seguradora LÍDER

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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636573 **Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA**

Data do Acidente: 03/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ANDRE DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO SEVERINO DA SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.957,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R$ 945,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%
Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R$ 1.012,50

Recebedor: **LEONARDO SEVERINO DA SILVA**
Valor: **R$ 1.957,50**
Banco: **237**
Agência: **000001903-8**
Conta: **0000011941-5**
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.

Pag. 01883/01884 - carta_15R - INVALIDEZ

00020942

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do CPF do segurado: 055.607.324-00 Nome completo da vítima: Leonardo Severino da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome do segurado: Leonardo Severino da Silva CPF: 055.607.324-00

Profissão: RECUSO INFORMAR Endereço: Rua Nossa Senhora de Fatima Número: 19 Complemento:

Bairro: Matriz da Luz Cidade: São Lourenço da Mata Estado: PE CEP: 54700-000

E-mail: Telefone: (81) 9702-7485 / 9217-0401

Declaro, [illegible] comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

RENDA MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ [illegible] ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 1.500,00
☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 2.000,00 ☐ R$ 2.001,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 3.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 11941 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, [illegible] (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da morte [illegible]
☐ O IML que atende a região do acidente ou da morte [illegible] Seguro DPVAT [illegible]
☐ O IML que atende a região do acidente ou da morte [illegible] prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

[illegible] ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo [illegible] da data da morte

[illegible] ☐ Sim ☐ Não [illegible]

[illegible] ☐ Sim ☐ Não [illegible] ☐ Sim ☐ Não [illegible] ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

Local e Data: _____ TESTEMUNHAS

Nome: _____ 1º Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

_____ Assinatura

1º Assinatura [illegible] 2º Nome: _____

_____ CPF: _____

Assinatura do Beneficiário Segurado

_____ Assinatura

Assinatura do Representante Legal do Menor Assinatura do [illegible]

* Assinatura [illegible] NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PPS-001 V002/2015

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128003481

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/11/2019** às **09:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/11/2018** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 01, ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOQUEIRO (MOTO TAXI) (AUTOR , AGENTE)
ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR , AGENTE)
LEONARDO SEVERINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOQUEIRO (MOTO TAXI)

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

LEONARDO SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRIS MARIA DA SILVA** Pai: **SEVERINO PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **19/8/1985** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7633736/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VIGIA** Telefones Celulares:
- **88782665**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 404, RUA MAJOR FERREIRA LIMA, MATRIZ DA LUZ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

VEICULO-01- MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOQUEIRO (MOTO TAXI)** que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOQUEIRO (MOTO TAXI)**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO-02- MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE VIAJAVA NA GARUPA DE UMA MOTO TAXI, QUANDO UMA OUTRA MOTO CONDUZIDA POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO COLIDIU, NAS MEDIAÇOES DA SANTA NA ESTRADA DE MATRIZ DA LUZLEVANDO A VITIMA AO SOLO, CAUSANDO FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQUERDO,SENDO CONDUZIDO PELO SAMUR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. E DEPOIS SENDO CIRUGIADO NO HOSPITA MEMORIAL JABOATÃO. ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

LEONARDO SEVERINO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS ANTONIO MARQUES DA SILVA** - Matrícula: **3848345**

13/11/2019 09:10

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

055.607.324-00 Leonardo Severino da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Leonardo Severino da Silva — 055.607.324-00

Profissão: RECUSO INFORMAR — Endereço: Rua Nossa Senhora de Fatima — Número: 19

Bairro: Matriz da Luz — Cidade: São Lourenço da Mata — Estado: PE — CEP: 54700-000

Declaro, [illegible] (ANEXAR CÓPIA)

RENDA MENSAL

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ [illegible] ☐ R$ 2.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 2.000,00 ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA ☐ CONTA CORRENTE

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 1903 8 CONTA: 11941 5 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo [illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, [illegible] (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da morte [illegible]

☐ O IML que atende a região do acidente ou da morte [illegible] para os fins do Seguro DPVAT [illegible]

☐ O IML que atende a região do acidente ou da morte [illegible] por dias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido

[illegible]

MORTE

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

[illegible] ☐ Sim ☐ Não ☐ [illegible] ☐ Separados judicialmente ☐ [illegible] uma do outro da vítima

[illegible] ☐ Sim ☐ Não [illegible]

[illegible] ☐ Sim ☐ Não [illegible] ☐ Sim ☐ Não [illegible] ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente [illegible]

Local e Data: _____ TESTEMUNHAS

Nome: _____ 1º Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

_____ Assinatura

1º Assinatura [illegible] 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do Beneficiário Solicitante

_____ Assinatura

Assinatura do Representante Legal [illegible] Assinatura do [illegible]

* Assinatura [illegible] deverão estar [illegible]

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

[illegible] V002/2015

Declaração de Atendimento

Declara para os devidos fins que o(a) Sr°(a) **Leonardo Severino da Silva, CPF 055.607.324-00**, foi atendido pela unidade básica deste município no **dia 03/11/2018**, com o atendimento de ocorrência de n° **548.107**, vítima de acidente de trânsito, sendo conduzido para o Hospital da Restauração.

São Lourenço da Mata - PE 28/08/2019

Dr° Gilvanete M° S. Pinheiro
Enfermeira/Sanitarista e Obstetra
COREN: 382.098

JOSE ROBERTO DA SILVA LIMA
DIRETOR DO SAMU MA 206161

GILVANETE M° SOUZA PINHEIRO
COOD. ENFERMAGEM COREN 382.098

Declaração de Atendimento

Declara para os devidos fins que o(a) Sr°(a) **Leonardo Severino da Silva, CPF 055.607.324-00**, foi atendido pela unidade básica deste município no **dia 03/11/2018**, com o atendimento de ocorrência de n° **548.107**, vítima de acidente de trânsito, sendo conduzido para o Hospital da Restauração.

São Lourenço da Mata - PE 28/08/2019

Dr° Gilvanete M° S. Pinheiro
Enfermeira/Sanitarista e Obstetra
COREN: 382.098

JOSE ROBERTO DA SILVA LIMA
DIRETOR DO SAMU MA 206161

GILVANETE M° SOUZA PINHEIRO
COOD. ENFERMAGEM COREN 382.098

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.957,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO SEVERINO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000011941-5

Nr. Autenticação
BRADESCO0312201905000000000023701903000000011941195750 PAGO

Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de Fatura para Via para Pagamento Grupo B: **1408479066**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
ANA PAULA DA SILVA	11/11/2016	20/10/2016	4002923624
	TOTAL A PAGAR	DATA DA APRESENTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
ENDEREÇO: RUA NOSSA DE FATIMA 1 MATRIZ DA COZ VILA NOSSA DA LUZ	R$ 16,94	NUMERO DA NOTA FISCAL	RESIDENCIAL Monofasico B1

PERIODO CONSUMO	CONSUMO
[illegible]	[illegible]

AUTENTICAÇÃO MECANICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
4002923624	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

LUIZACRED

Consulte sua fatura na internet
ou nas caixas eletrônicas do Itaú.

FAC

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA
CORREIOS

CARLOS ANDRE DA SILVA
1 TV ESTRADA DO TIP 75
MURIBARA
54720-674 SAO LOURENCO DA - PE

Seguradora LÍDER

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

www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pelo exposto: Nome: Carlos Andre da Silva

Nº do CPF/CNPJ: 064.693.484 .83 na Qualidade de Proponente(s), Intermediário(s) ou Beneficiário(s)

Nome: Leonardo Severino da Silva Nº do CPF/CNPJ: 055.607.324 - 00

Grau de parentesco ou vínculo: INVALIDEZ Nome: O MESMO

Nº do CPF/CNPJ: 055.607.324 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12

Declaro Profissão: Renda: e apresento os documentos comprobatórios de

☒ Renda informada

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras e que não omitimos nenhuma informação que possa influenciar na avaliação do risco. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Estrada do Tip Número: 75 Complemento:
Bairro: Muribara Cidade: São Lourenço da Mata Estado: PE CEP: 54720-675
E-mail: carlosandredasilva1986@gmail.com Telefone: (81) 9 8732-7465 / 9 82179123

Local e Data

Assinatura do Declarante

GLOPI 001 V001 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1048770/2018.

NOME: LEONARDO SEVERINO DA SILVA.

Foi atendido às 23h30 do dia 03.11.2018.

Diagnóstico provável: Politrauma - TCE
Fratura craniana de frontal e + F2 da
face à direita
(Contusão direita - direita)

Tratamento realizado: Clínico.

TYC e cervical
de Escore, de Tórax, de coxa E, de perna E
de tornozelo E

Obs. Trauma fechado, sem data conhecida
em 03/11/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na integra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 19/02/19.

SES - [illegible]
Dr. Carlos Paiva
Médico do SAME
[illegible]

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, EMPRESAS ESCOLAS, MINISTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451 31815572

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo

GESTÃO DE PESSOAS

Quarto: Pavilhão:

FATSAM 01 00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUARIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A)

NOME: Leonardo Severino da Silva

REGISTRO: 739855 DATA DE NASCIMENTO: 19 / 08 / 1983

RG: 7.633.736 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Rua Travessa Major Ferreira Lima nº 22 Matriz de Luz São Lourenço da mata

NOME DA MÃE: Iris Maria da Silva

DATA ADMISSÃO: 09 / 11 / 2018 DATA ALTA: 22 / 11 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 14 / 11 / 2018 CID: S 72.3

DIAGNOSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur Esquerdo — " — " —

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura da Diáfise do Fêmur Esquerdo — " — " —

— " — " —

MEDICO: Jorge Augusto

CREMEPE:

JABOATÃO DOS GURARAPES, 23 DE Agosto DE 2018

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3227 - PB
CRM 2070 - PE

MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Prontuário:** 759855

Atendimento: 185480 **Unidade de Internação:** CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino **Leito:** ENF 15 - LEITO 03

[redacted]stico Inicial (Constante no LaudoMedico) FX DE DIAFISE DE FEMUR ESQ CID: S723

[redacted]mento Solicitado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[redacted] de permanência Previsto: 04 dias

[redacted]dimento SUS Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

[redacted]	Cirurgião	JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS
[redacted]	1. Auxiliar Cirurgico	ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO
	2. Auxiliar Cirurgico	ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
[redacted]	3. Auxiliar Cirurgico	LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
[redacted]	Demais Auxiliar Cirurgicos	
[redacted]	Anestesista	RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA
[redacted]	Clinico:	
[redacted]	Clinico:	

[redacted] Procedimentos Especiais:

[redacted]ança de Procedimento
[redacted]s de UTI
[redacted] de Acompanhante
[redacted] Anti -- Rh

- [redacted] Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJ Dr
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Max Dowell Dourado
Médica Auditora e/SUS - CRM: 8921
CPF: 298.725.384-49

[redacted]do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diagnóstico Secundario:

Motivo de Alta: Recuperado

Data de Internação: 08/11/2018 **Data da Alta:** 22-11-18 Dias de Hospitalização: [illegible] dia(s)

Leonnardo Costa Gonçalves
CRM: 23550
LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA
CRM: 23550

[redacted]

Ministério da Saúde — Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO — 2 - CNES: 0 0 0 0 6 1

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: — 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Leonardo Sampaio da Silva — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): — 08 - DATA DO NASCIMENTO: 19/08/85 — 09 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Ines Maria da Silva — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: São Lourenço da Mata — 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com perda de função do membro inferior direito após acidente
LITA VCE e CR. Dorsal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dr. Ortopedia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura femur D — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CR Fratura Femur D/E — 25 - COD. DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: Ortopedia — 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO — 28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (4) CPF — 29 - Nº DOCUMENTO - CNS / CPF - DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ ASSISTENTE: 02247851441-14

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ ASSISTENTE — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/11/2018 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ ASSISTENTE DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA — 40 - CNAE DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF — 46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Secretaria de Saúde - PJSUS
DGOS - Gerência de Controle Assistencial
Maria Cecília Wanderley Sampaio Domingos
Médica Auditora/SUS - CRM: 8922
CPF: 295.[illegible]

ORTOPEDIA Sonda SO 5608.

Cod. DOC:

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 185480 Nascimento: 19/06/1985

[redacted]nsável: Prontuário: 759855 Sexo: Masculino

LEONARDO SEVERINO DA SILVA Data e Hora do Atendimento: 09/11/18 16:10:23

33 Anos, 2 Meses e 21 Dias Profissão: Escolaridade.

Identidade: 7633736 Telefone:

Conjuge. Estado Civil: Cartão SUS.

Nome da Mãe. IRIS MARIA DA SILVA Nome do Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA

Endereço: RUA MAJOR FERREIRA LIMA, SAO MARTINS DA LUZ, CEP: 54735417, Nº 404, SAO LOURENCO DA MATA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Médico: DANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO.APRESENTANDO TRAUMA EM FEMUR DIREITO.DOR +EDEMA LOCAL ALTA DA NEURO E CIRURGIA TORAX

[redacted]CEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

[redacted] MELLITUS,NEGA HIPERTENSÃO,NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

[redacted]SICO GERAL:

[redacted]ULAR .EUPNEICO,AFEBRIL,NORMOCORADO,HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR,BNF EM 2T PA-120/70MMHG

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

DOMEN:

FLACIDO INDOLOR .RHA(+)

AP - GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE FEMUR DIREITO

[redacted]TICO DEFINIVO:

[redacted]S DE ALTA:

[redacted] DATA: 22/11/18 HORA DE SAÍDA:

DANIO JOSE CARRAZONE DE [redacted] 6785

Médico
CREMEPE-6785

Relatório Geral de Cirurgias

[redacted] LEONARDO BEVERVO DA SILVA — Prontuário: 759855

Atendimento: 185480 — Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Sexo: Masculino — Idade: 33 Anos, 2 Meses e 26 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Diag. Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408058519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

[redacted]11/2019

[redacted] Cirurgião: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

[redacted]xílio Cirurgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

[redacted] Auxílio Cirurgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

[redacted] Instrumentador:

[redacted] Anestesia: RAQUI ANESTESIA

[redacted] Anestesia:

[redacted] Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ROTINA ASSÉPTICA
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
INCISÃO LONGITUDINAL SUPRATROCANTÉRICA 3cm;
PERFURAÇÃO DO PONTO DE ENTRADA DA HASTE;
APLICADO FIO GUIA INTRAMEDULAR;
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR (9, 10, 11);
APLICADA HASTE ANTEGRADA E BLOQUEADA (340 x 100 mm) COM UM PARAFUSO PROXIMAL E DOIS PARAFUSO DISTAL DE BLOQUEIO
ATRAVES DE PEQUENAS INCISÕES;
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
APLICADO PARAFUSO TAMPÃO;
LAVAGEM COM SFO.9%;
[redacted]RA POR PLANOS.
[redacted] ESTERIL

[redacted]

LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM 23550

[redacted]

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo | Código | Revisão

GESTÃO DE PESSOAS | FAT SAM 01 | 00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUARIO MEDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A)

NOME: Leonardo Serrano da Silva

REGISTRO 739855 DATA DE NASCIMENTO 19 / 08 / 1983

RG: 7.633.736 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO Rua Travessa Major Ferreira Lima nº 22 Matriz da Luz São Lourenço da Mata

NOME DA MÃE Iris Maria da Silva

DATA ADMISSÃO: 22 / 11 / 2018 DATA ALTA 23 / 11 / 2018

DATA DO PROCEDIMENTO 22 / 11 / 2018 CID S 62.6

DIAGNÓSTICO: Fratura de Outros Dedos da Mão Esquerda

TRATAMENTO REALIZADO Tratamento Cirurgico de Fratura de Falange Media de 2º Quirodactilo da Mão Esquerda

MEDICO

CREMEPE:

JABOATÃO DOS GURARAPES, 23 DE Agosto DE 2018

Dr. Jorge Augusto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 9122 - PB
CRM 2070 - PE

MÉDICO

Atendimento

Unidade de Internação

Leito

Dias

Secretaria de Saúde
3608 - Gerente de Controle Assistencial
Maria Cecília Mac Dowell Figueiredo
Médica Auditora
CRM-29R

Uso de Prótese Cimesa
Uso de Fatores de Coagulação
Uso de Quimioterápicos
Nutrição Parenteral

Alta com Retorno

Data da Alta 23/11/2018

Dr. Wilton Moraes
MÉDICO
CRM-

CRM. 2863

[redacted]

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO — CNES: 5356087

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: LEONARDO SEVERINO DA SILVA — Nº Prontuário: 750855

Cartão Nacional do SUS: 700902935273792 — Data de Nascimento: 18/08/1985 — Sexo: Masculino X 1 / Feminino 3 — Raça/Cor: 03 - Parda — Etnia: 0000 - Não Se Aplica

Nome da Mãe: IRIS MARIA DA SILVA — Telefone de contato:

[redacted]ável: [redacted]RIA DA SILVA

[redacted] (Rua, Nº, Bairro): [redacted]JOR FERREIRA LIMA, 404 - SAO MARTINS DA LUZ

[redacted]: [redacted]OURENCO DA MATA — IBGE: 261370 — UF: PE — CEP:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Dor e limitação em 2º DDE

Condições que justificam a internação: As [illegible] [illegible]

Principais Resultados de Provas Diagnósticas: Anamnese e Ex físico

Diagnóstico Inicial / Código: Fx falange 2º DDE — CID 10 Principal: — CID 10 Secundário: — CID 10 Causas Associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

[redacted] do Procedimento Solicitado: — Código do Procedimento:

[redacted] — Caráter de Internação: — Documento: ( ) CNS ( ) CPF — Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:

[redacted]ional Solicitante/Assistente: — Data da Solicitação: 22/11/2018 — Assinatura e Carimbo (Nº do Registro de Conselho):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOL[redacted])

( ) Acidente de Trânsito — CNPJ Seguradora — Nº Bilhete — Série

( ) Acidente Trabalho Típico — CNPJ / Empresa — CNAE da Empresa — CBO

( ) Acidente Trabalho Trajeto

Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador: MARIA CECILIA MAC DOWELL — Cód. Órgão Emissor: — Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH):

Documento: (X) CNS ( ) CPF — Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador: 201533356880007

[redacted]Autorização: — Assinatura e Carimbo (Nº do Registro de Conselho):

Secretaria de Saúde
Departamento de Controle, Avaliação e Regulação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora/SUS - CRM: [illegible]
CPF: 288.725.8[illegible]

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento. 187138

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO **Cartão SUS** :700902935273792
Responsável:
Observação:

Prontuário: 759855 **Data/Hora:** 22/11/2018 11:30:30 **Naturalidade**
Nome: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data de Nascimento:** 19/08/1985 02:00:00
Sexo: MASCULINO **Idade:** 33 Anos 3 Meses 8 Dias **Profissão:**
CPF: **Identidade:** 7633736 - SDS/PE **Fone:**
Est. Civil: SOLTEIRO **Cônjuge:**
Escolaridade:
Nome do Pai: SEVERINO PEDRO DA SILVA
Nome da Mãe: IRIS MARIA DA SILVA
Endereço: RUA MAJOR FERREIRA LIMA **Bairro:** SAO MARTINS DA LUZ
CEP: 54735417 **Cidade:** SAO LOURENCO DA MATA/PE

Médico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA **CRM:** 23550
Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA **CID:**

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL: Luxação em 2º GDE

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS: NDN

EXAME FÍSICO GERAL: NDN

AP - CARDIO - VASCULAR: NDN

AP - RESPIRATORIO: NDN

ABDOMEN: NDN

AP - GENITO - URINARIO: NDN

HIPOTESE DIAGNOSTICA: Fx de Falange de 2º QDE

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data: 23/11/18 **- Hora de Saída:** ____:____ **h - Médico:** Dr Wilton Melo Jr Ortopedista CRM-PE 20013

Av. Gal. Manoel Rabelo 126 - Centro - CEP 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE
Telefone: (81) 3462-9688 - www.hmjpe.org

[illegible] de Cirurgias

[illegible] Prontuário [illegible]

[illegible] 89480 [illegible] Unidade de Internação [illegible]

[illegible] Idade: 33 Anos, 2 Meses e 15 Dias

[illegible] ORTOPEDIA [illegible]

[illegible] TRATAMENTO [illegible] DE FRATURA DE [illegible] QDE

[illegible] 2016

[illegible] CIRURGIA [illegible]

[illegible]

[illegible] SEDAÇÃO

[illegible] DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

[illegible] EM DECÚBITO DORSAL [illegible] ANESTESIA LOCAL + SEDAÇÃO
[illegible] ASSÉPTICA
[illegible] DORSAL SOBRE [illegible] QDF
ABERTURA POR PLANOS
[illegible]SE DO EXTENSOR
[illegible]IZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA
[illegible]MENTO DE FIBROSE
[illegible] DE FRATURA [illegible] MAIS ANATOMICO POSSÍVEL
[illegible] COM [illegible] FIO K
[illegible]O POR PLANOS
[illegible] ESTÉRIL + TALA METÁLICA

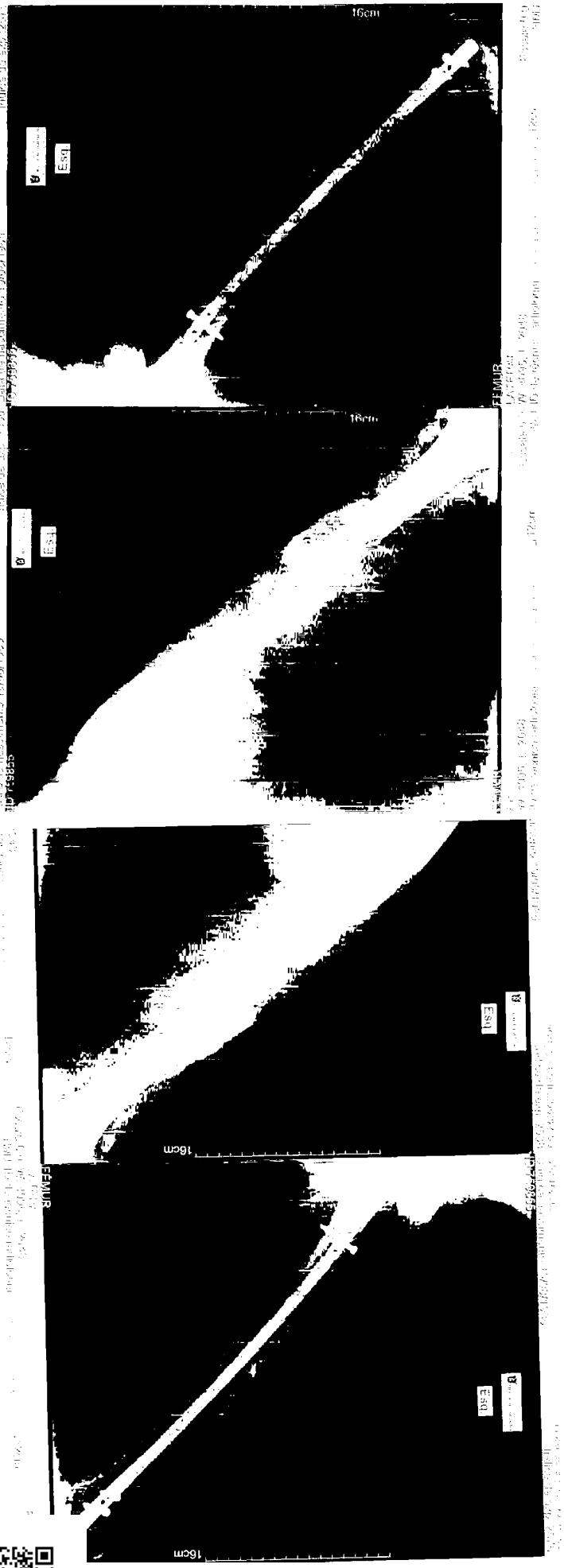
[illegible] C. dos Santos
[illegible]
CREMEPE [illegible]

CRM 22218

Dr. Wilton Matos da Paz Filho
MÉDICO
CRM-PE 26635

ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA [illegible]

CRM 21222


16cm
FEMUR
16cm
FEMUR
16cm
16cm

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

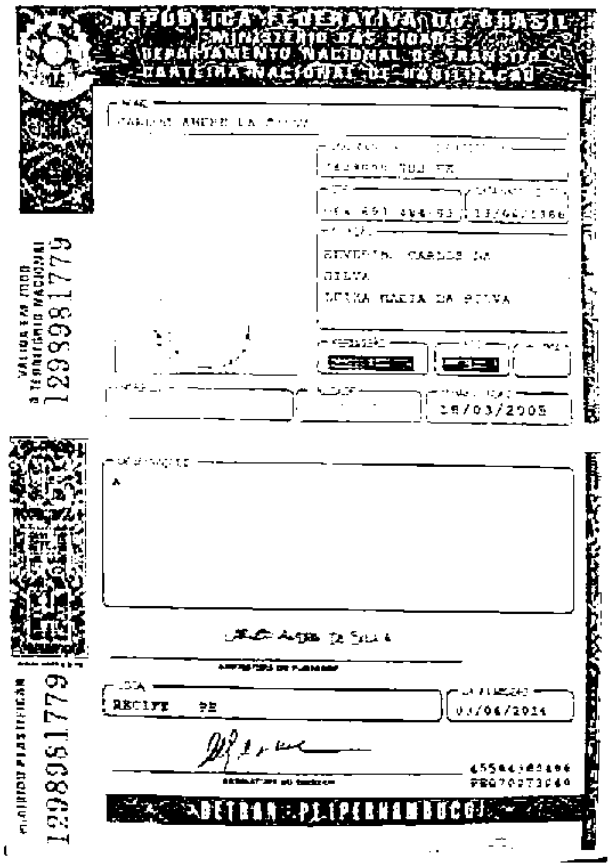
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
055.607.324-00

Nome
LEONARDO SEVERINO DA SILVA

Nascimento
19/08/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS ANDRE LA SILVA

FILIAÇÃO
SEVERINA CARLOS DA SILVA
MARIA MARIA DA SILVA

28/03/2005

RECIFE PE
01/06/2014

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

129891779

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190636573
Nome do(a) Examinado(a): Leonardo Severino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nossa Sra de Fatima, 19
Matriz da Luz Sao Lourenco da Mata PE CEP: 54735-770
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7633736
Data local do acidente: [03/11/2018]
Data local do exame: [26/11/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO, FRATURA DE 2 QDE

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSSINTESE, FISIOTERAPIA.
Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE DEDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA COM ENCURTAMENTO DISCRETO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUIZO NA MOBILIDADE. FORÇA PRESERVADA. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 2 QDE, COM DEFORMIDADE, BLOQUEIO ARTICULAR LOCAL, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRURGICAS.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM ENCURTAMENTO DO MEMBRO, GRAVE DE 2 DEDO DA MÃO ESQUERDA, COM BLOQUEIO ARTICULAR, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: **(X) 10% residual** ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO
FRATURA EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DISCRETO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUÍZO NA MOBILIDADE. FORÇA PRESERVADA. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 2 QDE, COM DEFORMIDADE, BLOQUEIO ARTICULAR LOCAL, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,OSTEOSSÍNTESE, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE DEDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**14,5 %**	**R$ 1.957,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO
FRATURA EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Descrição do exame físico: VITIMA COM ENCURTAMENTO DISCRETO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUÍZO NA MOBILIDADE. FORÇA PRESERVADA. APRESENTA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO 2 QDE, COM DEFORMIDADE, BLOQUEIO ARTICULAR LOCAL, DEFICIT DE FORÇA GRAVE, PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,OSTEOSSÍNTESE, FISIOTERAPIA.
EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DE DEDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO (75%) EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM SEGUNDO QUIRODÁCTILO ESQUERDO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R$ 1.012,50
		Total	**14,5 %**	**R$ 1.957,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊRMUR ESQUERDO.
FRATURA DA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-4-5-6-7-8-9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R$ 135,00
		Total	**18,5 %**	**R$ 2.497,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636573 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LEONARDO SEVERINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/11/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊRMUR ESQUERDO.
FRATURA DA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-4-5-6-7-8-9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R$ 135,00
		Total	**18,5 %**	**R$ 2.497,50**