



Número: **0046517-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDILSON SEVERINO DA SILVA (AUTOR)		LEANDRO HENRIQUE DOURADO E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68966508	02/10/2020 15:39	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675863 Cidade: Cortês Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA Data do acidente: 14/06/2019 Seguradora: Companhia de Seguros
 Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675863

Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON 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

Carta nº 15213169

Pag. 0004100042 - carta_01 - INVALIDEZ

00020271





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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190675863

Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON 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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: EDILSON SEVERINO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000882-6

Conta: 0000019789-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.701.994-47 4 - Nome completo da vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDILSON SEVERINO DA SILVA 6 - CPF: 012.701.994-47
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA SEN PAULO GUERRA 9 - Número: 16 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA 12 - Cidade: CORTES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55525-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98626-0027

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0882 CONTA: 19789 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 de 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o 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 Líder para verificação da existência e quantificação 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: RECIFE, 26/11/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000322**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/11/2019** às **16:11**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CORTES, 1, RUA VALENCIA BORBA - Bairro: CENTRO - CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR / AGENTE)
FRANKLIN VIDAL DE NEGREIROS (OUTRO)
EDILSON SEVERINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): A INVESTIGAR

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

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDILSON SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRACI MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: SEVERINO ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 9/3/1980 Naturalidade: CORTES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6600209/SDS/PE (RG). 01270199447 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: **RUA SENADOR PAULO GUERRA, 16 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

FRANKLIN VIDAL DE NEGREIROS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANKLIN VIDAL DE NEGREIROS, que estava em posse do(a) Sr(a): A INVESTIGAR

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/TOYOTA/HILUX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKG9881 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR NO ENDEREÇO CITADA, O MESMO FOI ATROPELADO PELO VEICULO MENCIONADO, ONDE FOI SOCORRIDO PARA A UNIDADE MISTA DE CORTES-PE ELVIRA VALENÇA BORBA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA HOF, CONFORME PRONTUARIO 1088995.



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

Edilson Severino da Silva

EDILSON SEVERINO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** - Matrícula: **159741-8**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.701.994-47 4 - Nome completo da vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDILSON SEVERINO DA SILVA 6 - CPF: 012.701.994-47
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA SEN PAULO GUERRA 9 - Número: 16 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ALTO SANTA TEREZINHA 12 - Cidade: CORTES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55525-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98626-0027

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0862 CONTA: 19789 0

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

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 de 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o 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 Líder para verificação da existência e quantificação 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: RECIFE, 26/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON SEVERINO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00882-6

CONTA: 000000019789-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1712201905000000000023700882000000019789236250 PAGO



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Edilson Severino da Silva REGISTRO: _____

RESIDÊNCIA: _____ IDADE: 39 anos

HDA: Paciente vítima de atropelamento, alcoolizado,
Glasgow 13, consciente, pupilas isocóricas e reativas
ao exame físico: Sem sinais de TCE
Sem sinais de trauma abdominal ou
tórax ou pélvico

AR: MVA em 44 km/h com lesões secundárias / JCV: RCR em 24
sem sinais de trauma abdominal BCTF 11/10/20
EXAME FÍSICO: FC: 91 Sato: 98% sem tórax, sem pélvico
PA: 170 x 140 mmHg

* Membros inferiores: Fratura exposta
de tíbia e fíbula E
+ Escoriações difusas pelóseo.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: ① SR de 500ml + sang de trauma (reag. EV)
② Ca protail sang VO de 25g
③ Imobilização

CONDUTA: HD Fratura exposta de tíbia e fíbula E.

TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO PARA: _____

MOTIVO: _____

DATA: 14/6/19.

ASSINATURA E CARIMBO: 



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Edilson Severino da Silva REGISTRO: _____

RESIDÊNCIA: _____ IDADE: 39 anos

HDA: Paciente vítima de atropelamento, alcoolizado,
Glasgow 13, ciente, pupilas isocóricas e reage a
luz. Ao exame físico: Sem sinais de TCE
Sem sinais de trauma abdominal ou
torácico ou pélvico

AR: MVA em 44 km/h com lesões adversárias / grav. RCR em 2
sem sinais de trauma abdominal BCTF 5/1000
EXAME FÍSICO: FC: 91 Sato: 98% sem torácico, sem pélvico
PA: 170 x 140 mmHg

* Membros inferiores: Fratura exposta
de tíbia e fíbula E
+ Escoriações difusas pelóseo.
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: ① S.R. de 500ml + sang. de trauma reage EU
② Ca. prot. sang. VO de 25g
③ Imobilização

CONDUTA: HD: Fratura exposta de tíbia e fíbula E.

TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO PARA: _____

MOTIVO: _____

DATA: 14/6/19.

ASSINATURA E CARIMBO: _____

(Assinatura)





1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 1088995

Religião:

CNS:898002933387338

Nº: 20

Estado: PE

Fone: 558186812245

Cellular:

Profissão:

Acompanhante:

Nome da Mãe: IRACI MARIA DA CONCEICAO

Nome do Conjuge:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 14/06/2019 23:19

Médico: MEDICO PLANTONISTA 3-2

Queixa Principal / HDA:

Principal / HDA: Thyagaraj

CO PLANTONISTA 12
Dr. George Roeha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15886 TEOT 1463

Exame Fisico:

Isico: Fruit per se niger & PA: per se FC: (F) FR:

our people slingshot
He & fruit. room & per se (D)

Diag. Provisório:

rio: ① fat cepha m m de para E
comon. ① plus r 500
ceja de ungu

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

HOF

Revisión de exámenes Radiológicos

APR 10 / Police

Handwritten: 10/10/10 10/10/10

170619

Dr. George Rocha
Oncologia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 14537

~~PROTESE~~

Ques: Na⁺ movement thru DR papilio

ре работы моего партнера (мало времени)

~~REVISADO~~



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 14/06/2019 23:19

Nome Paciente:	EDILSON SEVERINO DA SILVA
Cód. Paciente:	1088995
Data de Nascimento:	09/03/1980
Sexo:	Masculino
Idade:	39
Senha:	EA0074
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3344239
SAME:	1088995

Período: 14/06/2019 23:30 - 14/06/2019 23:31

MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE CORTEZ SOFREU ATROPELAMENTO POR CARRO HOJE DE NOITE NAO VOMITOU NAO DESMAIOU TRAUMA EM MIE QUEIXA DE DOR FAZ USO DE GARDENAL

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN: 55110 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/06/2019 23:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: EDILSON SEVERINO DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 1088995
CLINICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 04-02

OPERADOR: DR ÊNIO SIBÉRIO

1º ASSISTENTE: DR JOAQUIM / DR PEDRO	2º ASSISTENTE: DR JANDERSON
INSTRUMENTADOR: CINTIA	ANESTESISTA: DRA VERA
ANESTESIA:	DURAÇÃO:
RAQUIANESTESIA+SEDAÇÃO	

DATA DA OPERAÇÃO:	INÍCIO:	FIM:
18/07/19		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO ANTERIOR EM REGIAO PROXIMAL DE PERNA DIREITA + DIVULSAO POR PLANOS
4. ABERTURA DE CANAL MEDULAR + REDUÇÃO DE FRATURA + COLOCAÇÃO DE FIO GUIA INTRAMEDULAR
5. FRESAGEM DE CANAL INTRAMEDULAR + IMPLANTE DE HASTE INTRAMEDULAR EM TIBIA
6. REALIZADO BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL DE HASTE
7. LIMPEZA COM SF0,9% + SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	01 HASTE DE TIBIA BLOQUEADA
	02 PARAFUSOS PROXIMAIS
	02 PARAFUSOS DISTAIS
	01 TAMPÃO

Janderson Corvelh
27986 PE





BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 012.701.994-47

Nome: EDILSON SEVERINO DA SILVA

Data de Nascimento: 09/03/1980

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 19/05/2000

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:26:27 do dia 26/11/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 9B6C.5DD0.825F.D187



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Edilson Santana da Silva
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID. PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

Marque (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO INE (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INE: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INE (CÓPIA ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA OU DATA DEFINITIVA)
() BOLETIN DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA PORTELAL
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() NOTAS FISCAIS (ORÇAMENTOS E LEVANTOS) DE FARMÁCIAS ADMISTRISTRADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INE: R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (PREBOLSO). 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 PRZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.SEGURADODOTRABALHO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Edilson Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23/11/19NOME Edilson SantanaASSINATURA Edilson Santana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190675863

Cidade: Cortês

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA

Data do acidente: 14/06/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431899/19
Vítima: EDILSON SEVERINO DA SILVA
CPF: 012.701.994-47
CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/06/2019
Titular do CPF: EDILSON SEVERINO DA SILVA
Seguradora: Companhia de Seguros Previdênda do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDILSON SEVERINO DA SILVA : 012.701.994-47

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: 04/12/2019
Nome: EDILSON SEVERINO DA SILVA
CPF: 012.701.994-47

EDILSON SEVERINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

