

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILDA LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000984607423-4

Nr. da Autenticação 03D053163C86D1FC

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: 25/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILDA LUIZ DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000984607423-4

Nr. da Autenticação A273F45B3DE35428

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026301 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 09/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE OSSO ZIGOMÁTIO DIREITO
FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS BILATERAL, SINAIS DE OSTEOMIELITE COM SECREÇÃO PURULENTE E GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO OBTIVE BOM RESULTADO EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E DANO LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200026301 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 09/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO.
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FÊMUR - OSTEOSSÍNTESE P.2), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E
RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.6 ,10

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026301

Vítima: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENILDA LUIZ 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\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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: **GENILDA LUIZ DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.712,50**

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **000984607423-4**

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.



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200026301

Vítima: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENILDA LUIZ 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 médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **GENILDA LUIZ DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **000984607423-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro 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 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0915 CONTA: 984607423 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 IMIL - 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 5.194/74), 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 5.194/74.

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 resultado.

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) (s)? ☐ 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.

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: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

CPF: Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro 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 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0915 CONTA: 984607423 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 IMIL - 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 5.194/74), 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 5.194/74.

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 resultado.

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) (s)? ☐ 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.

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: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

CPF: Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200026301
Nome do(a) Examinado(a): Jacildo Bezerra Leite da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Si Morro das Cabras, 09
Si das Cabras Buíque PE CEP: 56520-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9698299
Data local do acidente: [09/10/2019]
Data local do exame: [19/03/2020] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE OSSO ZIGOMÁTIO DIREITO
FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO**

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

**Tratamento: FRATURA DE OSSO ZIGOMÁTIO DIREITO: CONSERVADOR
FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO: CIRÚRGICO EM 2 TEMPOS - FIXADOES EXTERNOS E DEPOIS INTERNOS
Complicações: INFECÇÕES DE REPETIÇÃO EM COXA DIREITA - OSTEOMIELEITE
Data da Alta: 04/03/2020**

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

DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS BILATERAL, SINAIS DE OSTEOMIELEITE COM SECREÇÃO PURULENTA E GRANDE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- 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 FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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, §1º do art. 3º 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 Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 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

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 15ª CIRCUNSCRIÇÃO - BUIQUE - DP15ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0247001765

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/12/2019 às 11:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 9/10/2019 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA SÃO CRISTÓVÃO, VALE DO CATIMBAU, AMIGOS DO SEM - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR/AGENTE)
GENILDA LUIZ DA SILVA (OUTRO)
MARIA APARECIDA SILVA DE OLIVEIRA (OUTRO)
JOSE ROBERTO DA SILVA (OUTRO)
JOSUE BEZERRA DE ARAUJO (OUTRO)
JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA (VITIMA)
JOSEFA SILVA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUE BEZERRA DE ARAUJO**

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

JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mês: **JACI BEZERRA LEITE** Pat: **GENILDA LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **31/5/2003** Nacionalidade: **BUIQUE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SÍTIO MORRO DAS CASBRAS, VALE DO CATIMBAU - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSEFA SILVA DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mês: **EURIDES DA CONCEIÇÃO SILVA** Pat: **JOSÉ RAMOS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **2/3/1972** Nacionalidade: **BUIQUE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA DA PAZ, VILA DO CATIMBAU - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**

GENILDA LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mês: **JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO** Pat: **VAUTINO LUIS DA SILVA** Data de Nascimento: **24/10/1977** Nacionalidade: **BUIQUE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SÍTIO MORRO DAS CASBRAS, VALE DO CATIMBAU - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA APARECIDA SILVA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mês: **EURIDES DA CONCEIÇÃO** Pat: **JOSÉ RAMOS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **11/12/1976** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residência: RUA JOSÉ SALVADOR, 281, VALE DO CATIMBAU - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a: MUNICÍPIO DE BUIQUE, 281 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL.

JOSE ROBERTO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL. Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL.

JOSUE BESERRA DE ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL. Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL.

A INVESTIGAR - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Raca: **KJX8859** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **539144989** Chassi: **9C2KC08305R002053**

Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **HONDA/ CG 150 JOB**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUE BESERRA DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSUE BESERRA DE ARAUJO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Raca: **PCU3526** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **000000000** Chassi: **9C2KC2210KR023541**

Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECERAM A ESTA DP OS REPRESENTANTES DAS VÍTIMAS RELACIONADAS NESTE BOE PARA NOTICIAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO EM 09/10/2019 POR VOLTA DAS 20H00 NA LOCALIDADE CONHECIDA POR VALE DO CATIMBAU, NESTE MUNICÍPIO DE BUIQUE/PE; QUE SEGUNDO INFORMOU A GENITORA DO MENOR E VÍTIMA DE JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA, O MESMO CONDUZIA O VEÍCULO DE PROPRIEDADE DE JOSE ROBERTO DA SILVA, E QUANDO AO VOLTAR PARA CASA APOS ABASTECER, SE ASSUSTOU APOS TENTAR EVITAR A COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL QUE TERIA ENTRADO REPETINAMENTE NA ESQUINA, O QUE VEIO A FAZER COM QUE JACILDO ATINGISSE OUTRA MOTOCICLETA QUE SEGUIA NA FRENTE E QUE ERA CONDUZIDA PELO SENHOR JOSUE BESERRA DE ARAUJO, E QUE TRANSPORTAVA A OUTRA VÍTIMA, JOSEFA SILVA DE OLIVEIRA; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, JACILDO SOFREU FRATURA EXPOSTA NO FÊMUR DIREITO SEM COMO FRATURA DA FACE; QUE A SEGUNDA VÍTIMA, JOSEFA, SOFREU FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA ESQUERDA; QUE AS VÍTIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DE BUIQUE E QUE POR NÃO HAVER ORTOPEDISTA DE PLANTÃO NAQUELA DATA, FORAM AMBAS TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EM CARUARU ONDE FORAM SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE DIANTE DO EXPOSTO E COM A FINALIDADE DE ACIONAREM O SEGURO DPVAT, VÊM OS REPRESENTANTES EM TELA REGISTRAR O FATO.

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

GENILDA LUIZ DA SILVA
(OUTRO)

MARIA APARECIDA SILVA DE OLIVEIRA
(OUTRO)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro 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 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0915 CONTA: 984607423 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 IMIL - 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 5.194/74), 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 5.194/74.

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 resultado.

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) (s)? ☐ 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.

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: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

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)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BUIQUE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CASA DE SAÚDE SENADOR ANTÔNIO FARIAS

Buíque, 05 de Dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, após busca realizada no livro Relatório dos Enfermeiros plantonista, neste serviço de pronto atendimento, localizamos na folha 62v o registro, em 09/10/2019. Deu entrada nesta Unidade de Saúde por volta das 22 horas, o paciente Jacildo Bezerra Leite da Silva, agricultora nascida em 31/05/2003, (16 anos), residente no sítio morro da cabra – vila Catimbau - Buíque-PE, o mesmo vítima de acidente de moto, com fratura exposta no fêmur D e fratura de face. Prestado o atendimento de emergência e encaminhado para o HRA em Caruaru-PE senha 5789809, acompanhado pelo técnico Genildo.

Atenciosamente


Genildo - PE 523428-ENF



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Jacildo Bezerra Leite da Silva

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 10/10/2019 a
31/10/2019

Registro: 346777

Diagnostico: Fratura em fêmur diafisário direito.

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Paciente Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S72.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 01 de Novembro de 2019

09.794.975/0268-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 136 - Km 136

Indianópolis - PE CEP 55.024-000

Caruaru - PE

setor de arquivo (SAME)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA

PRONTUÁRIO: 346777

DATA DE ENTRADA: 10/10/19

DIAGNÓSTICO: FRATURA EM FÊMUR DIAFISÁRIO DIREITO

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO GERAL DA ORTOPEDIA 15 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR.

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE.

TRATAMENTO REALIZADO: OSTEOSSÍNTESE COM HASTE.

ALTA HOSPITALAR: 31/10/2019

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

Dra. Suelly Lorena
Médica Residente de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26199

ASS: DO MÉDICO E CRM

09-12-19

06:30

D^o AURELIO MELO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 16/10/2019	HORA: 16:30h	LEITO 55	REG.: 346.777
NOME: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA	IDADE: 16 anos	ATD.: 550.896	

HD: POI DE OSTEOSÍNTESE P/ FRATURA COMPLEXA DE ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR D + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR D, vítima de acidente automobilístico

AN: EGR, consciente, orientado, cooperativo. Necessita de auxílio para os cuidados gerais. Apresenta edema em hemiface D.

AT: Hidratado, hipocorado, acianótico, anictérico, normotérmico (T= 37°C), turgor e elasticidade da pele preservados.

AR: Respiração espontânea, s/ suporte de O₂. Eupnéico (FR= 20 irpm). SPO₂ 98%.

ACV: RCR em 2t, BNFs e s/ sopros. Normoesfígmico (P= 73 bpm). Hipotenso (PA = 110 x 60 mmHg), em uso de medicações venosas. Mantendo AVP em MSE.

AGI: Abdome flácido, depressível, RHAs (+) normoativos. Aceitação satisfatória da dieta por via oral. Evacuações ausentes (SIC).

AGU: Genitália não inspecionada. Diurese espontânea, aspecto e volume satisfatórios (SIC).

AME: Mobilidade passiva, restrita ao leito. MIE sob fixação externa, com edema acentuado.

LESÕES/FO: Apresenta lesão em MID (c/ exsudato serossanguinolento) + dorso com lesões escoriativas

CONDUTAS:

1. Orientado sobre cuidados gerais (Higiene oral e corporal);
2. Aferido SSVV, conforme rotina;

PENDÊNCIAS:

Parecer da Ortopedia, aguarda reavaliação do Rx de fêmur.

EXAMES REALIZADOS:

Realizou Rx de fêmur D e de face (após cirurgia).

INTERCORRÊNCIAS/OBSERVAÇÕES

Encaminhado ao BC às 8:30h, retornou por volta das 15h.

Claudio G. A. Castro
COREN-PE 67128-04

CLAUDIA G. A. CASTRO Coren-PE 67128

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 16/10/2019	HORA: 16:30h	LEITO 55	REG.: 346.777
NOME: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA	IDADE: 16 anos	ATD.: 550.896	

HD: POI DE OSTEOSÍNTESE P/ FRATURA COMPLEXA DE ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR D + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR D, vítima de acidente automobilístico

AN: EGR, consciente, orientado, cooperativo. Necessita de auxílio para os cuidados gerais. Apresenta edema em hemiface D.

AT: Hidratado, hipocorado, acianótico, anictérico, normotérmico ($T = 37^{\circ}\text{C}$), turgor e elasticidade da pele preservados.

AR: Respiração espontânea, s/ suporte de O_2 . Eupnéico ($\text{FR} = 20 \text{ irpm}$). SPO_2 98%.

ACV: RCR em 2t, BNFs e s/ sopros. Normoesfígmico ($P = 73 \text{ bpm}$). Hipotenso ($\text{PA} = 110 \times 60 \text{ mmHg}$), em uso de medicações venosas. Mantendo AVP em MSE.

AGI: Abdome flácido, depressível, RHAs (+) normoativos. Aceitação satisfatória da dieta por via oral. Evacuações ausentes (SIC).

AGU: Genitália não inspecionada. Diurese espontânea, aspecto e volume satisfatórios (SIC).

AME: Mobilidade passiva, restrita ao leito. MIE sob fixação externa, com edema acentuado.

LESÕES/FO: Apresenta lesão em MID (c/ exsudato serossanguinolento) + dorso com lesões escoriativas

CONDUTAS:

1. Orientado sobre cuidados gerais (Higiene oral e corporal);
2. Aferido SSVV, conforme rotina;

PENDÊNCIAS:

Parecer da Ortopedia, aguarda reavaliação do Rx de fêmur.

EXAMES REALIZADOS:

Realizou Rx de fêmur D e de face (após cirurgia).

INTERCORRÊNCIAS/OBSERVAÇÕES

Encaminhado ao BC às 8:30h, retornou por volta das 15h.

Claudia G. A. Castro
COREN-PE 67128-94

CLAUDIA G. A. CASTRO Coren-PE 67128

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	2/10/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	2/10/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Yacilho Bezerra Leite do Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura pênis D, fratura orbito Sigmoidica		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	Tratamento cirúrgico ambas áreas		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO DO ÓRGÃO AFETADO
1°	Pênis apresenta perda significativa
2°	de função pois não consegue se relacionar
3°	com elementos femininos e posteriores, apresenta
4°	intolerância ao prazer, perda de interesse sexual
5°	100% gravíssimo.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>1 mês</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS Assinatura: <u>Victor Crispim</u> LOCAL: <u>Aracaju</u> DATA: <u>4/3/20</u>	A Victor Crispim Ortopedia e Traumatologia CRM 23144 ASSINATURA E CARIMBO
--	--

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 16/10/2019	HORA: 16:30h	LEITO 55	REG.: 346.777
NOME: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA		IDADE: 16 anos	ATD.: 550.896

HD: POI DE OSTEOSÍNTESE P/ FRATURA COMPLEXA DE ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR D + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR D, vítima de acidente automobilístico

AN: EGR, consciente, orientado, cooperativo. Necessita de auxílio para os cuidados gerais. Apresenta edema em hemiface D.

AT: Hidratado, hipocorado, acianótico, anictérico, normotérmico ($T = 37^{\circ}\text{C}$), turgor e elasticidade da pele preservados.

AR: Respiração espontânea, s/ suporte de O_2 . Eupnéico ($\text{FR} = 20 \text{ irpm}$). SPO_2 98%.

ACV: RCR em 2l, BNFs e s/ sopros. Normoesfígmico ($P = 73 \text{ bpm}$). Hipotenso ($\text{PA} = 110 \times 60 \text{ mmHg}$), em uso de medicações venosas. Mantendo AVP em MSE.

AGI: Abdome flácido, depressível, RHAs (+) normoativos. Aceitação satisfatória da dieta por via oral. Evacuações ausentes (SIC).

AGU: Genitália não inspecionada. Diurese espontânea, aspecto e volume satisfatórios (SIC).

AME: Mobilidade passiva, restrita ao leito. MIE sob fixação externa, com edema acentuado.

LESÕES/FO: Apresenta lesão em MID (c/ exsudato serossanguinolento) + dorso com lesões escoriativas

CONDUTAS:

1. Orientado sobre cuidados gerais (Higiene oral e corporal);
2. Alerido SSVV, conforme rotina;

PENDÊNCIAS:

Parecer da Ortopedia, aguarda reavaliação do Rx de fêmur.

EXAMES REALIZADOS:

Realizou Rx de fêmur D e de face (após cirurgia).

INTERCORRÊNCIAS/OBSERVAÇÕES

Encaminhado ao BC às 8:30h, retornou por volta das 15h.

Claudio G. A. Castro
COREN-PE 67128



CLAUDIA G. A. CASTRO/Coren-PE 67128

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 02 R 17

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

PROTEÇÃO SOCIAL DO TRABALHO

ANALFABETA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Secretaria de Segurança Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Cadastro:

063.222.214-00

Nome:

GENILDA LUIZ DA SILVA

Data de Nascimento:

24/10/1977

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6691871 DATA DE EMISSÃO: 07.06.2000

Nome:

GENILDA LUIZ DA SILVA

Parentes:

Vautino Luiz da Silva

Josefa Olindina da Conceição

Localidade:

Buique - PE 24.10.1977

Documento:

C.N.2.546 L.A-03 F.237 Cart.

de Catimbau - Buique - PE

ASSINATURA DO DETENTOR

LENTINILIA

MAG DA
VITIMA

		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DO INTERIO DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO RECEIHA NACIONAL DE IDENTIFICACAO	
NOME JOSE JOSEPH RODRIGUEZ DE ALMEIDA		SEX M	
		DATA DE NASCIMENTO 02/11/1958	
CPF 012.345.678-10		DATA DE EMISSAO 02/11/1998	
TIPO DE IDENTIFICACAO IDENTIFICACAO DE LUGAR		LOCAL DE EMISSAO BRASILIA	
DATA DE VALIDADE 02/11/2008		DATA DE EXPIRACAO 02/11/2008	
ASSINATURA 		ASSINATURA DO EMITENTE 	
LOCAL DE EMISSAO BRASILIA		DATA DE EMISSAO 02/11/1998	

NOME A		SEX M	
		DATA DE NASCIMENTO 02/11/1958	
CPF 012.345.678-10		DATA DE EMISSAO 02/11/1998	
TIPO DE IDENTIFICACAO IDENTIFICACAO DE LUGAR		LOCAL DE EMISSAO BRASILIA	
DATA DE VALIDADE 02/11/2008		DATA DE EXPIRACAO 02/11/2008	
ASSINATURA 		ASSINATURA DO EMITENTE 	
LOCAL DE EMISSAO BRASILIA		DATA DE EMISSAO 02/11/1998	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 6.573.416 DATA DE EMISSÃO 05/05/2011

NOME << FERNANDA TEREZA DE ALENCAR CARVALHO SANTOS >>

RELACIONADO << JOSÉ FERNANDO FERNANDES DE CARVALHO >>
<< MARIA VÊNUS DE ALENCAR CARVALHO >>

LOCALIDADE ARCOVERDE - PE DATA DE NASCIMENTO 25/03/1985

DIGITO VERIFICADOR << 075093 01 55 2010 2 00014 064
0005294 48 ARCOVERDE-PE >>

CNPJ 053.436.064-58

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2006

TESTEMUNHAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-02

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

Foto

Assinatura

Fernanda Tereza de Alencar C. Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022374/20

Número do Sinistro: 3200026301

Vítima: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA

CPF: 146.263.194-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JACILDO BEZERRA LEITE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 13/03/2020
Nome: GENILDA LUIZ DA SILVA
CPF: 063.222.214-00

GENILDA LUIZ DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso