Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

30/10/2020

Número: **0042368-89.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **27/08/2020**
Valor da causa: **R$ 11.812,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES (AUTOR)	**JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70326100	29/10/2020 17:47	Recibo de Apresentação de Documentos	Outros (Documento)

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 Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200207129 **Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES**

Data do Acidente: 20/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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. 00041/00042 - carta_01 - INVALIDEZ

00020021

Carta nº 15846923

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 Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200207129 **Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES**

Data do Acidente: 20/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site https://documentospendentes.seguradoralider.com.br

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01225/01226 - carta_03 - INVALIDEZ

00040613

Carta nº 15848385

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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200207129 **Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES**

Data do Acidente: 20/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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. 01803/01804 - carta_02 - INVALIDEZ

00050902

Carta nº 15870319

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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200207129 **Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES**

Data do Acidente: 20/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **341**
Agência: **000002918**
Conta: **0000017909-0**
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

Pag. 00925/00926 - carta_15R - INVALIDEZ

00020463

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: 3200207129
Nome do(a) Examinado(a): EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
Endereço do(a) Examinado(a): ENG PITU, 8,ZONA RURAL
ITAQUITINGA Pernambuco - CEP: 55950000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / Pernambuco] .
Data local do acidente: [20/12/2018]
Data local do exame: [22/06/2020] GOIANA - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 20/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, PERMANECEU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 7 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DORSAL EM REGIÃO DO PÉ DE 8 CM, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ, DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E DEAMBULAÇÃO, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSO MEDIAL DO PÉ ACOMETIDO.

Data da Alta: 27/12/2018

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

AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ DORSAL EM REGIÃO DO PÉ DE 8 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 1º, 2º E 3º DEDOS GRAU II, RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC COM DOR DURANTE A INVERSÃO DO PÉ, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO PÉ EM 5°, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ (2+/4+), DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E DEAMBULAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO E DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC DE FORMA SIGNIFICATIVA, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSO MEDIAL DO PÉ ACOMETIDO.

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 LEVE DO PÉ ESQUERDO.

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):
Pé - Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 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

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. Tiago Martins Formiga
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Tiago Martins Formiga
CPF - 05144773427
CRM - Paraíba - 8085

Seguradora LÍDER

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 no ASL:

3 - CPF da vítima: 123.764.024-05

4 - Nome completo da vítima: Kadvan Siliciano dos Prazeres

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Kadvan Siliciano dos Prazeres

6 - CPF: 123.764.024-05

7 - Profissão: Motorista

8 - Endereço: Rua Pitu

9 - Número: 8

10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural

12 - Cidade: Itaquitinga

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55950-000

15 - E-mail: [illegible]

16 - Tel. (DDD): (81) 3626-3771

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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 2918 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 17909 (0) (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 tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

Peço seja 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.

Estou ciente que esta indenização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou descendentes (vivos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se teve 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 sua condição, entendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade civil/penal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itaquitinga - PE 02-06-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SPL CIR 445/2013

Seguradora LÍDER

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 da ASL:

3 - CPF da vítima: 121.764.024-05

4 - Nome completo da vítima: Kedvan Iuliano dos Prazeres

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Kedvan Iuliano dos Prazeres

6 - CPF: 121.764.024-05

7 - Profissão: Micaróa

8 - Endereço: Rua Pitu

9 - Número: 8

10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural

12 - Cidade: Itaquitinga

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55950-000

E-mail: [illegible]@gmail.com

16 - Tel. (DDD): (81) 3626-3771

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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itau
AGÊNCIA: 2918 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 17909 0 (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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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 ocorrência 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 declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorrida do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 seguirá, 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itaquitinga-PE 02.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FR-001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DPSS/CIRC.DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0145000124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/03/2020 às 12:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 20/12/2019 às 16:00

Endereço da ocorrência: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, TREVO DE ITAQUITINGA - Bairro: VILA MATARY - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local de Ref.: RODOVIA ESTADUAL / PE 04

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ MARCO DA SILVA (OUTRO)
EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES (VÍTIMA)

Veículo(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Veículo na direção da ocorrência) , Que estava em posse de(a) SR(a). EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s)

EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA Pai: VERVALDO FELICIANO DOS PRAZERES Data de Nascimento: 20/10/1990 Naturalidade: OURANA / PERNAMBUCO / Nacionalidade: BRASILEIRA Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefone Celular: (81)99137 9173
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, ENGENHO PITU - CEP: 0 - Bairro: CHÃ DE SAPÉ - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL, APÓS CHÃ DE SAPÉ

JOSÉ MARCO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Pai: GERVALDO FELICIANO DOS PRAZERES Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: COMERCIANTE
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA CG 160 START (VEÍCULO) de propriedade de(a) S/(A). JOSE MARCO DA SILVA que estava em posse de(a) S/(A) EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
Ano: Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCR4755 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 1172866926 Chassi: 9C2KC2500KR012101
Descrição: HONDA CG START 160, PLACA POR 4700

Complemento / Observação

QUE COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR EDVAN, PARA RELATAR QUE NO DIA 20/12/2019 FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE NA PE-04, PRÓXIMO AO TREVO DE TRAGUITINGA. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO RETROCITADO MUNICÍPIO, ESTANDO DE POSSE DE COMPROVANTE DE ATENDIMENTO DA CITADA OCORRÊNCIA. INDAGADO PARA QUAL HOSPITAL FOI ENCAMINHADO E POR QUANTOS DIAS FICOU INTERNADO, RESPONDEU QUE, CONFORME A FICHA DE ESCLARECIMENTO COMPROVA, FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS-RECIFE/PE E LÁ FICOU INTERNADO POR 07(SETE) DIAS. NADA MAIS A RELATAR, DIGNO DE REGISTRO, DOU POR ENCERRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
(VÍTIMA)

P.C. Indicado por: JOSE MARTINS LEITE - Matrícula: 1569040

SDS/Polícia Civil/PE
1ª DSPC
DELEGACIA DE CONCURSO
Recaatinga

Seguradora LÍDER

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 da ASL:

3 - CPF da vítima: 121.764.024-05

4 - Nome completo da vítima: Kodvan Juliano dos Prazeres

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Kodvan Juliano dos Prazeres

6 - CPF: 121.764.024-05

7 - Profissão: Pedreiro

8 - Endereço: Rua Pitu

9 - Número: 8

10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural

12 - Cidade: Itaquitinga

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55950-000

15 - E-mail: [illegible]@gmail.com

16 - Tel. (DDD): (81) 3626-3771

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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itau
AGÊNCIA: 2918 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 17909 0 (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 o dano, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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 ocorrência 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 declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorrida do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 filho(s)? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo)? ☐ 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 seguirá, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itaquitinga-PE 02.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FR 001 V002/2019

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000017909-0

Autenticação:
92FCC8C7E1E11B3DBAC4D3A0CD4C4FBB2A2594EF932CC4A1A5AFC1285F0662B1

celpe
Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ZONA RURAL ITAQUITINGA/ITAQUITINGA
ITAQUITINGA PE

19,71

TOTAL DA FATURA 19,71

ATENÇÃO A CELPE INFORMA

DÉBITOS EM ABERTO

celpe
Grupo Neoenergia

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ZONA RURAL ITAQUITINGA/ITAQUITINGA
ITAQUITINGA PE
55950-000

10,71

TOTAL DA FATURA 10,71

ATENÇÃO A CELPE INFORMA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: 1106691	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC À ESQUERDA

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:
20/12/18 – TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE LISFRANC

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	DIAS DE INTERNAÇÃO
20/12/18	27/12/18	

PROCEDIMENTO REALIZADO	CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD	NOME	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
	CIRURGIÃO	DR. ITALO GALIZZA	
	1º AUXILIAR CIRURGICO	DRA. HANNA	
	2º AUXILIAR CIRURGICO		
	ANESTESISTA		
	CLÍNICO		

RESUMO DO CASO
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

PACIENTE RELATA ACIDEDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA
ANTIBIOTICOS + ANALGESICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC À ESQUERDA

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA
BOAS CONDIÇÕES CLINICAS.

MOTIVO DA ALTA	OBITO
CURADO ___ MELHORADO X TRANSFERÊNCIA ___ OUTROS	DVL ___ SVO ___ SO ___

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO
RETORNO AO AMBULATÓRIO DO PÉ/TORNOZELO EM 07 DIAS.

DATA: 27/12/18

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO: | SETOR: | DATA DE ADMISSÃO: 2/12/18

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

	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
	SEDAÇÃO/ANESTESIA
	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
	PACIENTE CIRÚRGICO

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

	COLOCADO PULSEIRA ROXA	X NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

	SIM	
	NÃO	ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

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

ENFERMEIRA/COREN: Alessandro Lucena
COREN-PE 365975 - ENF

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: Px ovário ↓ D?

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica
Solicito Rx + retorno tela - reavaliar

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Dr. Daniel [illegible]
CREMERS [illegible]19

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:
Rx bloco cirurg

Dr. Hélvert [illegible]

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirurgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:
☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

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

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico: CRM/CRO: Data: Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido :

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 20/12/2018 17:35 h JOSENEIDEAS | Impressão: 20/12/2018 17:35 h JOSENEIDEAS

_____
Médico

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Pernambuco

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

1. Ocorrência da Emergência: 668533
   - 1.1 - Atendimentos em: 20/12/18
   - 1.2 – Às 17 horas e 35 minutos.
   - 1.3 – Internado: SIM
   - 1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1106691
   - 2.1 – Internado em: 20/12/18
   - 2.2 - Alta em: 27/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA – LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC A ESQUERDA.

4. Tratamento: 1º - CIRURGIA EM 20/12/18 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE LISFRANC ESQUERDA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 15.4.2019
HORA: 11:13:58
PASTA: 01.03.2019
TB
LP

Dr. Tadeu Buril
Mérito Vascular
CRM 3019 / Mat. 0596653

Dr. Tadeu Buril.

PREFEITURA DE
ITAQUITINGA

Dr. Manoel Antônio Gomes de Souza
CRM/PB 5248 - CRM/PE 11787
CPF: 035.535.104-15
Rua: Pça. Pe. João, 48 - Itaquitinga/PB

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☐

Vaga de Leito

Pacte submetido a cirurgia para fratura luxação de bigrave dia 20.12.18.

Segue em acompanhamento ambulatorial

No momento, sem condição de retorno à Unidades Hospitalar.

15.01.19
CID: S92.3

DR. ROMILDO MUNIZ
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 21796

Avenida General Dias Martins - Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-080
Fone: (081) 81 3184000

HGV 002 V 1 2013

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/12/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/12/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Edvaro Feliciano dos Prazeres

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta de tíbia e fíbula pé Esquerdo

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico com parafusos para osteossíntese fisioterapia motora 20 sessões.

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: [ ] SIM [X] NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] 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 OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema, déficit de ADM e força no pé Esquerdo
2º com perda funcional de
3º 80% no pé E.
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 02/06/2020 A 02/06/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiânia PE 02/06/2020

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
121.764.024-05
Nome
EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Nascimento
28/10/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
9.965.674 10/06/2014
<< EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES >>
<< GENIVALDO FELICIANO DOS PRAZERES >>
<< MARIA DAS NEVES DA SILVA >>
GOIANA - PE 28/10/1996
<< 0768690153 1998 1 00031 145
0013441 71 ITAQUITINGA PE >>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EC-1
CARTEIRA DE IDENTIDADE

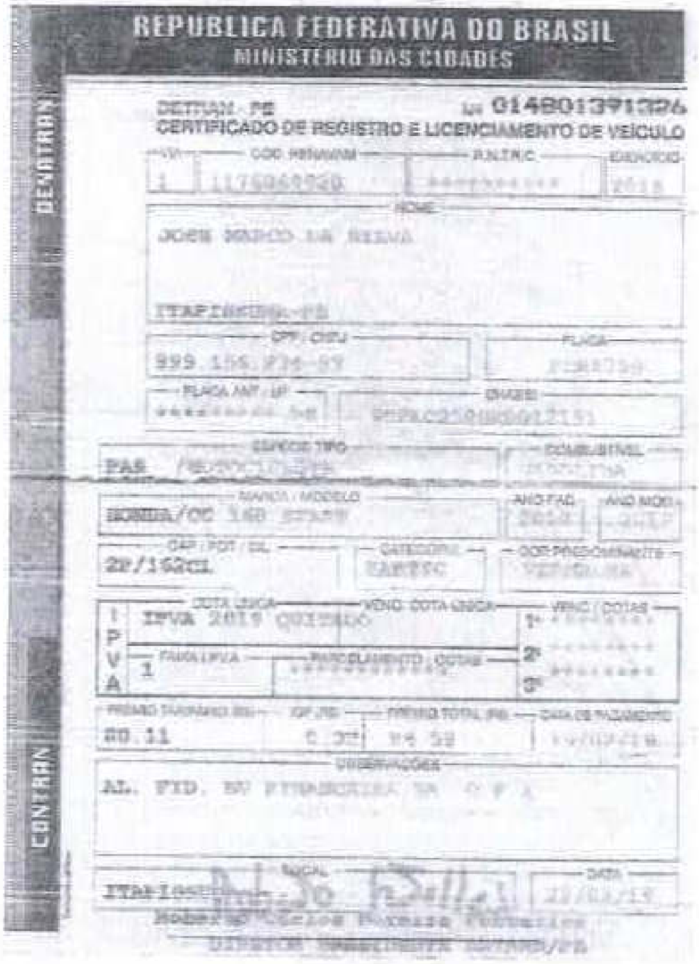
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
121.764.024-05
Nome
EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Nascimento
28/10/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
9.965.674 10/06/2014
<< EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES >>
<< GENIVALDO FELICIANO DOS PRAZERES >>
<< MARIA DAS NEVES DA SILVA >>
GOIANA - PE 28/10/1996
<< 3768690155 1998 1 00031 145
0013441 71 ITAQUITINGA PE >>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EC-1
Edson M. P.
CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
Nº 014801391326
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCICIO
1	1176060920	**********	2018

NOME: JOSE MARCO DA SILVA
ITAPISSUMA-PE

CPF / CNPJ: 999.156.234-99
PLACA: [illegible]
PLACA ANT / UF: ********* PE
CHASSI: [illegible]

ESPECIE TIPO: PAS /MOTOCICLETA
COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 START
ANO FAB: [illegible]
ANO MOD: [illegible]
CAP / POT / CIL: 2P/162CC
CATEGORIA: PARTIC
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA
COTA UNICA: IPVA 2019 QUITADO
VENC. COTA UNICA:
FAIXA IPVA: 1
PARCELAMENTO COTAS: ***********
VENC / COTAS: 1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

PREMIO TARIFARIO (R$): 80.11
IOF (R$): 0.3[illegible]
PREMIO TOTAL (R$): 84.58
DATA DE PAGAMENTO: [illegible]

OBSERVAÇÕES: AL. FID. BV FINANCEIRA SA C F I

LOCAL: ITAPISSUMA
DATA: 27/03/19

Roberto Carlos Fonseca Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200207129 **Cidade:** Itaquitinga **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ DORSAL EM REGIÃO DO PÉ DE 8 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS EM 25°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 1º, 2º E 3º DEDOS GRAU II, RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC COM DOR DURANTE A INVERSÃO DO PÉ, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO PÉ EM 5°, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ (2+/4+), DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E DEAMBULAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO E DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC DE FORMA SIGNIFICATIVA, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSO MEDIAL DO PÉ ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM PÉ ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/06/2020

Conduta mantida:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154062/20

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Data do acidente: 20/12/2018

CPF: 121.764.024-05

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES : 121.764.024-05

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 02/06/2020	Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 121.764.024-05	CPF: 115.938.994-24
EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES	Steffany Caroliny Lins Veloso