



Número: **0058875-28.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELIO LIBORIO DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71069325	16/11/2020 15:09	ANEXO 1	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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679125

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO LIBORIO 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 15199099

Pag. 01797/01798 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679125

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HELIO LIBORIO DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00097/00098 - carta_02 - INVALIDEZ

00070049



Carta nº 15226512





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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190679125

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO LIBORIO 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: HELIO LIBORIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000923

Conta: 0000071596-4

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.

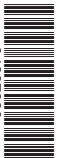
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00739/00740 - carta_15R - INVALIDEZ

00020370





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:

172.212.854-20

4 - Nome completo da vítima:

Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - Estado:

14 - CER:

15 - Complemento:

16 - CEP:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR EM RE O 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 a

20 - ANE:

21 - Cópia:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 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 (Comente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Tocar os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0923

CONTA:

73596

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.154/74), uma vez que:

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

Solicito 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.154/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do

luto da vítima:

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - 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: Fallecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Esta condição de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a o responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Blumenau, 02 de Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0106002181

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2019** às
15:15

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **26/8/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ARRUDA (BAIRRO), 1 - Bairro:
ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
JEREMIAS DE SOUZA FERREIRA (OUTRO)
HELIO LIBORIO DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): HELIO LIBORIO DA SILVA**

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

**HELIO LIBORIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE
LOURDES DA SILVA Data de Nascimento: 24/7/1968 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 1438864/SSP/PE (RG). 17221285428 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares:
- 884888818**

**Endereço Residencial: RUA DAS MOÇAS, 1148 - CEP: 55090-000 - Bairro: AGUA FRIA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JEREMIAS DE SOUZA FERREIRA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JEREMIAS DE SOUZA



Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPre...

FERREIRA, que estava em posse do(s) Sr(a): **HELIO LIBORIO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCA0091 (PERNAMBUCO/OLINDA)**
Descrição: **WUYANG WY48Q2**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA JÁ CITADA E AO CHEGAR NO BAIRRO DO ARRUDA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO BEL, SE ENVOLVERA UMA COLISÃO COM OUTRA MOTOCICLETA,, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA A UPA DA CAXANGÁ E ATENDIDO COM O N° 01388228 .

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

Helio Liborio da Silva
HELIO LIBORIO DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **SILVANO PEREIRA SOARES** - Matrícula: **3842638**





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:

Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - Emissão:

14 - CER:

15 - Complemento:

16 - Data:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 a

20 - ANE:

21 - Cópia:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RCLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Tocar os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0923

CONTA:

73596

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.134/74), uma vez que:

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

Solicito 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.134/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do

luto da vítima:

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - 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: Fallecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Esta condição de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a total responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura / testemunha

40 - Local e Data:

Fluência 02 de Setembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO LIBORIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00923

CONTA: 000000071596-4

Nr. da Autenticação 6D55024EB338B9DD





Nome:
469478-HELIO LIBORIO DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-988493481

Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA

Idade: Nascimento:
60a 11m 24/07/1958

Endereço:
RUA MOÇAS DE 1272 A 99999, 1145 -
ÁGUA FRIA - RECIFE/ PE - CEP:
52121070

Data do Atendimento: 25/05/2019

Prontuário: 00469478

Nº Atendimento: 01306225

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO X MOTO
APRESENTANDO DOR EM MÃO ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO
CONDUZIDO PELO SAMU, RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS

EXAME FÍSICO:

A- VIAS AERÉAS LIVRES, COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.
B- MV EM AHT, SRA. PR: 14
C- SEM SINAIS DE SANGRAMENTO EXTERNO, BACIA LIVRE, ABDOMEN INDOLOR.
PA: 120 X 80 FC: 80
D- PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW:
E- LESÃO CORTANTE EM MÃO ESQUERDA, ESCORIAÇÕES E DOR EM JOELHO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO:

RX SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURAS OU LUXAÇÕES
PACIENTE AGITADO, XINGANDO PROFISSIONAIS DO SAMU
HD: ESCORIAÇÃO EM JOELHO

UPA CAXANGÁ
Rua Manoel de Sá Almeida
Caxangá - PE
24/07/1958
Aus

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-05-26 20:14:05

Nome Paciente:	HELIO LIBORIO DA SILVA
Cód. Paciente:	469478
Data de Nascimento:	24/07/1958
Sexo:	Masculino
Idade:	60
Senha:	POR0006
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1306225 
SAME:	

Período: 2019-05-26 20:14:05 - 2019-05-26 20:24:37

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO. REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO + FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM MID.
Observação:	PACIENTE TRAZIDO A UNIDADE PELA EQUIPE DO SAMU RECIFE BASICA 16/ (OCORRENCIA 633162) ALERGIA- NEGA HAS- REFERE DM- NEGA HGT;112
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

Acolhido(a) por: NATHALIA BARBOSA TORRES DA SILVA - COREN: 525005 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-07-17 07:41:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 11/06/2019

PACIENTE: HELIO LIBORIO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

DATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2019

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2019

DATA DE ALTA: 12/06/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 01/07/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. ALVARO LEO

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

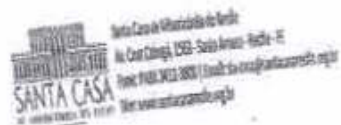


Santa Casa de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: HELIO LIBORIO DA SILVA
Reg.: 544465 Pront.: 1174443
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 24/07/1958
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 60
Admissão: 05/08/2019 10:57

Alta: 12/06/2019 06:47



Admissão:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal

S82.1

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Internação:

Unidade

ENFERMARIA SAO FRANCISCO

Admissão

05/06/2019 10:57

Alta/Transferência

12/06/2019 06:47

Tempo

7 dia(s)

Orientação:

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
ANALGESIA + ATB+ACO
FISIOTERAPIA

CARGA ZERO (DEAMBULAR COM MULETAS)
RETORNAR AO AMBULATORIO DE 18/06/2019 PARA DR ALVARO LEO

Tipo de Alta: Médica

Condição de Alta:

Médico Responsável:

CRM:

Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
27429





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **HÉLIO LIBORIO DA SILVA**, prontuário nº **1174443**, admitido neste hospital em 05/06/2019 com diagnóstico de Fratura de platô tibial esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 12/06/2019.

Recife, 29 de Agosto de 2019.

 **Roberta C. de Almeida**
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



ANEXO II

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde						2 - QUES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:						3 - QUES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE: HSA						4 - QUES	
Identificação do Paciente						5 - Nº DO PRECATÓRIO	
6 - NOME DO PACIENTE: Helio Liborio da Silva						644469	
7 - CID - O NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO:	
9 - SEXO:						10 - PAGADOR:	
11 - NOME DA MÃE:						12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:						14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):						16 - CID, REG. MUNICIPAL - 17 - UF - 18 - CEP:	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
SERVIÇOS DE PROCEDIMENTOS							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:						22 - CID DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:						24 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:	
25 - DIAGNÓSTICO SOCIAL:						26 - CID 10 PRINCIPAL - 27 - CID 10 SECUNDÁRIO - 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:						30 - CID DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMODANTE:						32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
☐ DIÁRIA DE ACOMODANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II						33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:						35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:						37 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:						39 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Paciente com fratura de tíbia esquerda, sendo submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:						43 - DATA DA SOLICITAÇÃO:	
44 - DOCUMENTO:						45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:						47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:						49 - CID, ORGÃO EMISSOR:	
50 - DOCUMENTO:						51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):						53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	

CÓD: 1192





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 644465 Prontuário: 1174443 Data de Nascimento: 24/07/58 Idade: 60 ANO(S)
Nome do Paciente: **HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

5	ANESTESISTA	: DR. NATHÁLIA	23638
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANLATO TIBIAL SEM INTERCORRÊNCIAS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH
CRM: 22104

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104, Data e Hora: 10/06/2019 17:01:49.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 644465 Prontuário: 1174443 Data de Nascimento: 24/07/58 Idade: 60 ANO(S)
Nome do Paciente: **HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL
04.08.05.055-1
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS 04.08.06.019-0
TRATAMETO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL
UNICOMPARTIMENTAL 04.08.05.088-8
FASCITOMIA DE MEMBRO INFERIOR 04.08.05.008-0
TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO 04.08.06.046-8

CIRURGIÃO: DR RODRIGO MOUSINHO
1º AUX.: DR ALVARO LEO
ANESTESISTA: DRA. NATÁLIA
ANESTISIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EXTRA-ARTICULAR MIE
1 DDH + ISQUEMIA E GARROTE + ASEPSIA E ANTI SSEPSIA + APOSIÇÃO
DE CAMPOS CIRURGICOS
2. INCISÃO POSTERIOR EM "L" POSTEROMEDIAL + DISSECÇÃO POR
PLANOS.
3. REALIZADO FASCIOTOMIA E DESINSERÇÃO MUSCULOTENDINEA
POSTEROMEDIAL
VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA, SENDO REALIZADA OSTEOTOMIA
PARA REDUÇÃO ARTICULAR E FIXAÇÃO DE PLACA EM T 4,5 EM PORÇÃO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 16:57:50.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 644465 Prontuário: 1174443 Data de Nascimento: 24/07/58 Idade: 60 ANO(S)
Nome do Paciente: **HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

PÓSTERO MEDIAL DO PLATÔ SOB ESCOPIA COM PARAFUSOS CORTICAIS
CORTICAIS E ESPONJOSO
4 INCISÃO LATERAL PROXIMAL NA PERNA, DISSECÇÃO POR PLANOS, COM
FASCIOTOMIA DO COMPARTIMENTO ANTERO-LATERAL DA PERNA E
DESINSEÇÃO DO TRATO ÍLIO-TIBIAL NO TUBÉRCULO DE GERDY
PROXIMAL, VISUALIZANDO FOCO DE FRATURA
5. REALIZADO OSTEOTOMIA DA TIBIA NO FOCO DA FRATURA, COM
ABERTURA DE JANELA OSSEA PARA REDUÇÃO ARTICULAR.
6 REALIZADO MANIPULAÇÃO ARTICULAR E REDUÇÃO CRUENTA DA
FRATURA SOB RADIOSCOPIA COM FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FK
7. POSICIONAMENTO DE PLACA LATERAL 4.5 EM L, PASSAGEM DE
PARAFUSOS DISTAIS E PROXIMAIS
8. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
9. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Recife, 10/06/2019-16:48

Dr. RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 16:57:50.



Relatório Médico de Alta

Alta: 12/06/2019 06:47

Admissão:

FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico:

Principal	S82.1	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA
-----------	-------	--

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SAO FRANCISCO	05/06/2019 10:57	12/06/2019 06:47	7 dia(s)

Orientação

ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES
ANALGESIA + ATB+ACO
FISIOTERAPIA
CARGA ZERO(DEAMBULAR COM MULETAS)
RETORNAR AO AMBULATORIO DE 18/06/2019 PARA DR ALVARO LEO

Condição de Alta:

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429

CRM:

27429





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

DATA: 11/06/2019

PACIENTE: HELIO LIBORIO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SANTO AMARO / SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RECIFE PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S821 FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

DATA DE INTERNAMENTO: 05/06/2019

DATA DA CIRURGIA: 10/06/2019

DATA DE ALTA: 12/06/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 01/07/2019

MEDICO ASSISTENTE: DR. ALVARO LEO


VICTOR M. C. CARDOSO
CRM: 27429

Médico: Dr. VICTOR MACHADO DE CARVALHO CARDOSO
CRM: 27429





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 644465 Prontuário: 1174443 Data de Nascimento: 24/07/58 Idade: 60 ANO(S)
Nome do Paciente: **HELIO LIBORIO DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA
CPF: 17221285420

Data: 10/06/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL
04.08.05.055-1
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS 04.08.06.019-0
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNICOMPARTIMENTAL
04.08.05.088-8
FASCITOMIA DE MEMBRO INFERIOR 04.08.05.008-0
TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO 04.08.06.046-8
CÓDIGO: 04.08.05.055-1
04.08.06.019-0
04.08.05.088-8
04.08.05.008-0
04.08.06.046-8

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

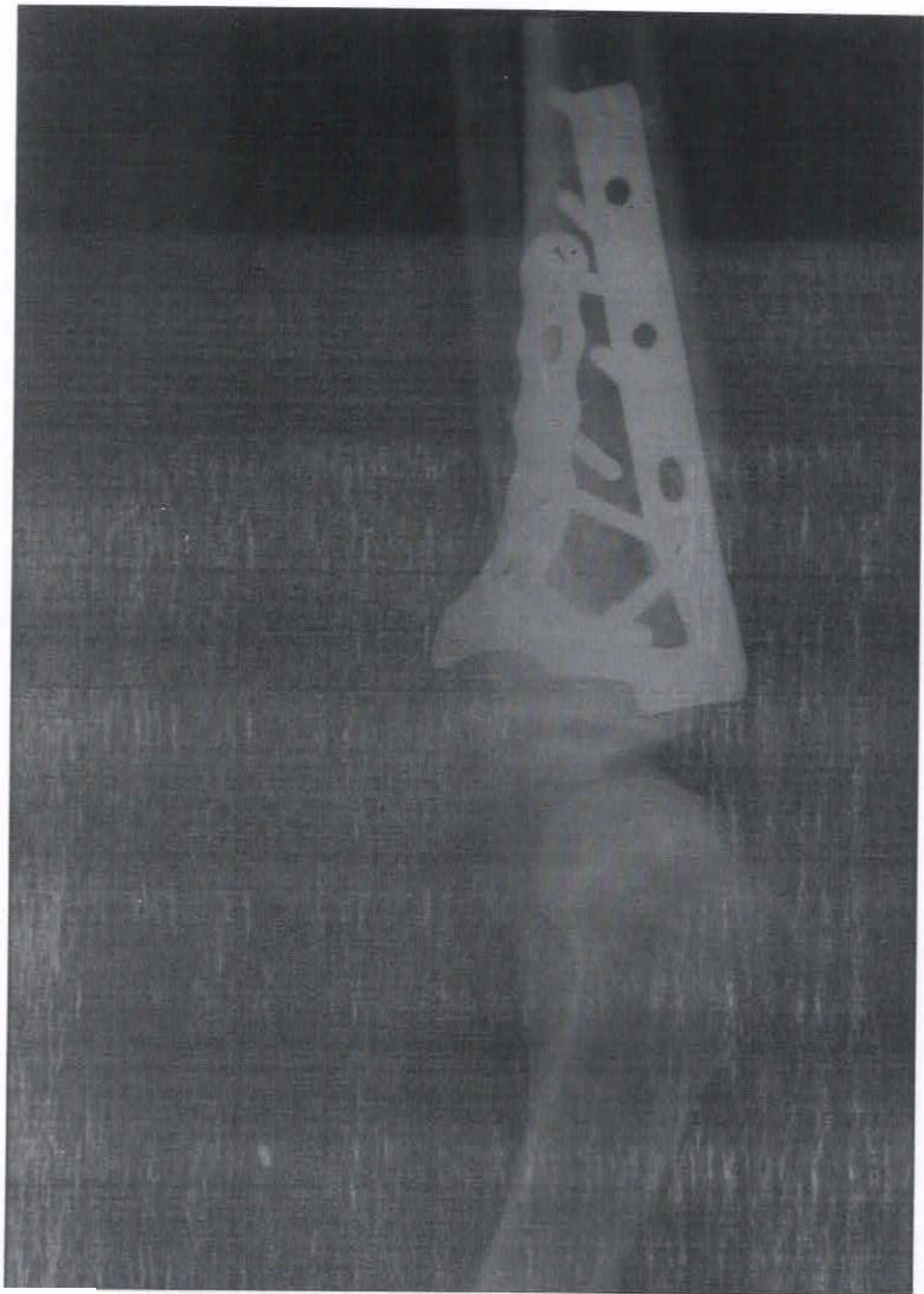
PROCEDIMENTO REALIZADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055-1
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS 04.08.06.019-0
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNICOMPARTIMENTAL
04.08.05.088-8
FASCITOMIA DE MEMBRO INFERIOR 04.08.05.008-0
TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO 04.08.06.046-8
CÓDIGO: 04.08.05.055-1
04.08.06.019-0
04.08.05.088-8
04.08.05.008-0
04.08.06.046-8

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	DR RODRIGO MOUSINHO	22104
2	1.AUX CIRÚRGICO:	DR ÁLVARO LEO	25517
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RODRIGO DE SOUZA MENDES SANTIAGO MOUSINH. CRM: 22104. Data e Hora: 10/06/2019 17:01:49.







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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 26/05/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 26/05/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: HELIO LIBERIO DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de motocicleta, com fratura de Placa de	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratado com esguelha. Paciente submetido a osteossíntese (Placa L - Coluna M Lateral + Coluna Lateral) - Placas	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO FISIOTERAPIA 40 sessões	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA (A) DE CURA ATRAVÉS DE 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 OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Fratura C1/2 Cervical. Paciente C1/2
2ª Lesão CRÔNICA, Rigidez e Fadiga
3ª Déficit de função e incapacidade em
4ª M.T.E. Submetido a cirurgia 7.59c
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/11/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Ribeirão Preto	DATA 26/11/2019
ASSINATURA E CARIMBO	







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 172.212.854-20

Nome: HELIO LIBORIO DA SILVA

Data de Nascimento: 24/07/1958

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:47:04 do dia 04/12/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: F18C.5703.BA87.A6AE



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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





DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO

Setor: 11255-0 DIR. DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

1

Controle de Veículos - Relatório Geral Do Veículo

08:44:08

Placa: PCA0601 UF: PE
Renavam: 1074830585
Chassi: LWYMCA206E5010463
Número do Motor: WY139FMA13356829
Proprietário: JEREMIAS DE SOUZA FERREIRA
Município: GLINDA
Marca/Modelo: IWUYANG WY48Q-2
Fabricação/Ano: 2013 / 2014
Cor: VERMELHA

Restrições Gerais:

Registro do contrato de Financiamento:

Data:

Restrição1:

Restrição2:

Restrição3:

Restrição4:

Observação restrição:

Débitos:

IPVA: Não

Valor:

Licenciamento: Não

Valor:

Multas IPVA: Não

Valor:

Multas: Sim

Valor: R\$ 2.912,21

DPVAT: Não

Valor:

Autorizações em Tramitação: Não

Valor:

Último CRLV Emitido:

Exercício: 2019

Emissão: 17/01/2019

INFORMATICA-OPERACAO

Entrega:

Destino: END. DEFINITIVO

Retirante:

Devolução:

Motivo:

AN de Postagem: BG370543245BR

Gravado



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679125

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA

Data do acidente: 26/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERO LATERAL DO JOELHO DE 25 CM DE EXTENSÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO ARTICULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE, DOR A PALPAÇÃO EM PORÇÃO INFERIOR DA PATELA COM PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM FACE LATERAL DO JOELHO, EDEMA ARTICULAR (2+/4+).

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS NO DIA 10/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434649/19

Vítima: HELIO LIBORIO DA SILVA

CPF: 172.212.854-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELIO LIBORIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELIO LIBORIO DA SILVA : 172.212.854-20

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: 05/12/2019
Nome: HELIO LIBORIO DA SILVA
CPF: 172.212.854-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HELIO LIBORIO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190679125**

Nome do(a) Examinado(a): **HELIO LIBORIO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua das Moças, 1145 - Recife - PE - CEP 52120-320**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PE**] **1439064**

Data e local do acidente: [**26/05/2019**] **RECIFE PESSP**

Data e local do exame: [**16/12/2019**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE ANTERO LATERAL DO JOELHO DE 25 CM DE EXTENSÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO ARTICULAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE, DOR A PALPAÇÃO EM PORÇÃO INFERIOR DA PATELA COM PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA EM FACE LATERAL DO JOELHO, EDEMA ARTICULAR (2+/4+).

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

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS NO DIA 10/06/2019, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% 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

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
a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgias do Joelho
CRM: 8085 - CRM: 8085
TODT 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

