



Número: **0061953-30.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (AUTOR)	FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72377 458	11/12/2020 10:26	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CIBELY MONTEIRO DE MELO  
MCID019P10  
CPF 080 295 814-16 NIS 16653343813

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SESSENTA E DOIS 20 AP-202 GD  
18 BL B - 4 ETAPA

RIO DOCE/OLINDA  
OLINDA PE  
53080-790

4010241540 03/2020

101278559 UNICA 1B/03/2020  
25/03/2020 2002828307 2109812

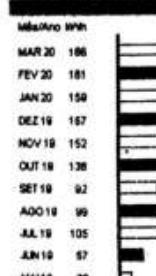
124,58

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30.000000	0,13799624	4,13
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,23658498	16,55
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	85.930000	0,35484747	30,49
Consumo-TE até 30 kWh	30.000000	0,12698082	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,21788107	15,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	85.930000	0,32652181	28,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,44
Restituição de Unidade Consumidora			7,88
ICMS_Suvenção Baixa Renda			1,34
Multa por atraso-NF 089856752 - 21/12/19			1,74
Juros por atraso-NF 089856752 - 21/12/19			1,56
Abatimento IGPM-NF 089856752 - 21/12/19			0,27

TOTAL DA FATURA

124,58

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3172664949	CAT	03/03/2020	2 490,00	18/03/2020	2 898,00	15	1,00000		198,00
3172664948	CAT	01/03/2020	2 480,00	02/03/2020	2 480,00	1	1,00000		0,00
3172664948	CAT	17/03/2020	2 480,00	01/03/2020	2 480,00	13	1,00000		0,00



BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	32,05	32,81%
ICMS %	68,25	25,00	TRANSMISSÃO	R\$	3,75	3,82%
PIS %	68,25	1,04	DISTRIBUIÇÃO (CELPE)	R\$	22,78	22,19%
COFINS %	68,25	4,79	PERDA DE ENERGIA	R\$	7,17	7,30%
		4,70	ENCARGOS SISTÔMICO	R\$	2,22	2,26%
			TRIBUTOS	R\$	30,28	30,82%
			Total	R\$	98,36	100%

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08645200
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18363200
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,24544800
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783200
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18067000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22886800





SUS

## Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT 526413	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
LUIZ CARLOS DE MELO FILHO	136496		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça Cor
705007827696150	09/07/1987	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia		
ANDREA ARRUDA MONTEIRO	0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
ANDREA	8198775321		
14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)			
RUA SESSENTA E DOIS, 602 - RIO DOCE	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
41A	280960	PE	53040970

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE APRESENTANDO DOR INTENSA COM EDEMA E DEFORMIDADE EM REGIÃO DISTAL DA Perna DIREITA + FERIMENTO

21 - Condições que justificam a internação  
AS MESMAS ACIMA22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

S823

Z00

✓239 0409050

27 - Inscrição do Procedimento Solicitado

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento  
0408050608

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍbia

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

16/05/2020

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

André Chaves de Miranda  
Ortopedia / Traumatologia

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetô

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Apos

46 - Nome do Profissional Autorizado

## AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

AIH

262010248317-4

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

50 - Data da Autorização

Adauto  
Traumatologista / Ortopedista  
CRM-PE 671 TEOT: 15666

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **526413**

Usuário: **WESLEYFS**

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

### DADOS DO PACIENTE

paciente: **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**  
 Idade: 32a 10m 8d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 136496  
 profissão: **Analista de Sistemas** Escolaridade: **Ensino Superior** Data de Nascimento: 09/07/1987  
 G.: 6106120 C.P.F.: 06989980494 Telefone: 53040970  
 Endereço: RUA SETENTA E DOIS , 602 - RIO DOCE CEP: 53040970  
 - OLINDA - PE

### Dados da Internação

Próxim: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 16/05/2020 23:48

Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL

Nitidez Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO - LEITO 001

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ - Número: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

*Magda Faturista*

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

data da Alta: 20/05/20 Hora da Alta: 09:00

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: BOAS

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta 01/01 RENO D

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Procedimento.....: RSF; cura Mola/Prasfus

*REVISADO  
CCIH-HMA  
CRM-17125 Médico e CRM:*

Maria Mayane Ferreira da Silva.

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Andréia Arruda monteiro  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/05/2020 22:37

	Nome Paciente:	LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	09/07/1987
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	0019
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	SAME

: 16/05/2020 22:40 - 16/05/2020 22:42

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	EMERGENCIA VERMELHO
Cor:	VERMELHO
Queixa Principal:	VÍTMIA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1 HS, APRESENTANDO DOR E FERIMENTO EM MID; NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E ÊMESE NEGA HAS, DM ALERGIA A DIPIRONA
Medicamento(s):	NEGA
Observação:	TRAZIDO PELO SAMU
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
Especialidade:	CIRURGIA GERAL
Sinais Vitais Lidos:	- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM - P.A. SISTOLICA: 150.00 MMHG - P.A.DISTOLICA: 96.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 % - TEMPERATURA(C): 36.40 °C

RJ  
NESP, 11/05/2020

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/05/2020 22:42

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Aviso de Cirurgia : 646662

Sala : 0001 SALA 01

Paciente : 136496

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

Atendimento : 526413

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 228

VERMELHO - LEITO 001

Idade : 32 Anos

Dt. Início : 17/05/2020 01:25

Dt. Fim : 17/05/2020 02:40

Cid Pré-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050608

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

**Descrição Cirúrgica :**

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA

CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR

TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO

CIRURGIAO: DR THIAGO DOS ANJOS

1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

2º AUXILIAR: DR ANDRE CHAVES

ANESTESISTA: DR FELIPE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA É ANTSEPSIA DE MID

3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS

ABORDAGEM DE FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DISTAL DE Perna DIREITA. OBSERVADO PERDA IMPORTANTE DE  
ESTANCIAS ÓSSEAS

1. LIMPEZA COM SF 0,9% E DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

6. REDUÇÃO FECHADA E POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO. PERMANECENDO  
INSTABILIDADE IMPORTANTE NO FOCO DE FRATURA

7. VERIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

8. SUTURA COM NYLON 2-0

9. CURATIVO ESTÉRIL

10. VERIFICADA BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Guilherme Borba Anselmo  
Médico  
CRM/PE 27.749

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO  
CRM : 16339

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Aviso de Cirurgia : 64758  
Paciente : 136496  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 200  
Dt. Início : 23/05/2020 18:10  
Cid Pré-Operatório : S822  
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0001 SALA 01  
LUIZ CARLOS DE MELO FILHO  
SUS - INTERNACAO  
ORTO-502-LEITO 004  
Dt. Fim : 23/05/2020 20:15  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 526413  
Carteira :  
Idade : 32 Anos

Procedimento: 0408050608 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

RURGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ  
CIRURGIAO 20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR  
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNAS DIREITA  
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA + PARAFUSOS  
CIRURGIAO: DR ADAUTO TELINO  
1º AUXILIAR: DR AYRON FERRAZ  
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA  
ANESTESISTA: DRA SYLVIA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA;  
- RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE;
3. APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE DE 6CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DISTAL AO FOCO DE FRATURA; INCISÃO DE PELE 4CM NO NA FACE MEDIAL DA PERNAS(1/3 MEDIO)
5. DISSECCAO POR PLANOS + HEMOSTASIA  
- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TIBIA;
6. FIXADO FRATURA COM PLACA 4,5 MM EM "T" 12 FUROS COM 04 PARAFUSOS CORTICais 4,5 MM PROXIMALMENTE AO FOCO DE FRATURA, 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTALMENTE AO FOCO
7. FIXADO MÁLEOLO MEDIAL COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS
8. FIKADO TUBÉRCULO DE CHAPUT COM PARAFUSO CANULADO
9. INCISÃO DE PELE POSTEROLATERAL DE 6 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO DISTALMENTE AO FOCO DE FRATURA
10. DISSECCAO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
11. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA FIBULA;
12. APOSICAO DE PLACA 1/3 DE CANO DE 8 FUROS FIXADO PROXIMAMENTE 03 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM E DISTALMENTE COM 03 PARAFUSOS CORTICais 3,5 MM;
13. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
14. LIMPEZA COM SF 0,9%;
15. SUTURA POR PLANOS;
16. CURATIVO ESTÉRIL
17. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Robson Diniz  
Médico  
CRM/PE 29414

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

DATA DE NASC.: 09/07/1987

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 136496

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
16/05/2020	
23:28	ADMISSÃO
QPD/HDA: FERIMENTO + DOR + EDEMA EM Perna DIREITA APÓS COLISÃO CARROxMOTO	
ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA	
MEDICAÇÕES DE USO: NEGA	
EXAME FÍSICO: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO. NEGA DESMAIO OU VÔMITOS. SNC: ECG: 15 MID: APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM REGIÃO DISTAL. NV PRESERVADO.	
EXAMES DE IMAGEM: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna DIREITA	
CONDUTA: INTERNAMENTO + AO BLOCO	André Charles de Miranda Ortopedia / Traumatologia CRM-PE: 29416
17/05/2020 02:50	#SOT# paciente norenho a procedimento anotado em MEGON #CO: A SR
	GUILHERME BORGES AMARAL Médico CRM-PE 27.749
18/05	#SOT# paciente norenho a procedimento anotado em MEGON #CO: Solicita novo Rx para D com fixador externo + TAE anha(D).
	Renatha Fonseca Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 22394
19/05	#SOT# HO: Fratura exposta de ossos da perna(D) com fixador externo. Pct. ósseo, inscute, ósseo, epífise, menostos, nefro- condes, rêm distomias. MID: Edema ++ + 14+ Nega lesões quim. +. #CO: Fisioterapia motora Agenda prof. enxepa
	Renatha Fonseca Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 22394



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOOME: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

DATA NASC.: 09/07/87

NOOME SOCIAL:

REG:136496

IDADE: 32 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/05/2020

DATA DA ALTA: 25/5/20

**DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DISTAL DIREITA

**TRATAMENTO REALIZADO:**

- 17/05/2020: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO FECHADA E APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
- 213/05/2020: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO +REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA + PARAFUSOS EM TÍBIA DISTAL E MALEOLO LATERAL

**ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

**EXAME FÍSICO:**

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

**PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(  ) NÃO(  )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

João Marcelo Xavie  
Médico  
CRM: 17.725

**ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM**

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200313008      **Cidade:** Olinda      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ CARLOS DE MELO FILHO      **Data do acidente:** 16/05/2020      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.P7

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.  
P 2/4/5.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245893/20

**Vítima:** LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

**CPF:** 069.899.804-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/05/2020

**Titular do CPF:** LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LUIZ CARLOS DE MELO FILHO : 069.899.804-94**

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](http://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: 01/09/2020  
Nome: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO  
CPF: 069.899.804-94

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

\_\_\_\_\_  
LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

\_\_\_\_\_  
MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:26:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110264534600000070955583>  
Número do documento: 20121110264534600000070955583

Num. 72377458 - Pág. 11



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200313008**      **Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**

**Data do Acidente: 16/05/2020**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**

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, contados 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. 00553/00554 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 16087167



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:26:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110264534600000070955583>  
Número do documento: 20121110264534600000070955583

Num. 72377458 - Pág. 12





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25  
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115002040

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/08/2020 às 10:54**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/5/2020 às 21:45**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL - CEP: 53070-040**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**LUIZ CARLOS DE MELO FILHO ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**

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

**LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANDREA ARRUDA MONTEIRO** Pai: **LUIZ CARLOS DE MELO** Data de Nascimento: **9/7/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6106120/SDS/PE (RG), 06989980494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU** COMPLETO Profissão: **MOTOTAXISTA**  
Endereço Residencial: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1023 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN9676** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005**  
Descrição: **PROPRIEDADE DE BUENO VALENTIM ALVES DE LIMA**

Complemento / Observação

**INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PELA LOCALIDADE ACIMA CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA NESTE BO QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA KHX-8321, UM I/VW SPACEFOX SPORTLINE VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO QUE A VÍTIMA ESTAVA, VINDO ESTA A**

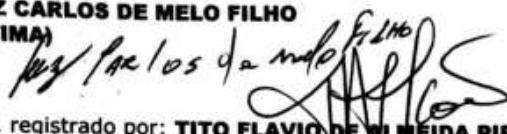
27/08/2020 11:04



**CAIR NO CHÃO E SER SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME ATENDIMENTO Nº 136496.**

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

**LUIZ CARLOS DE MELO FILHO  
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: **220.926-8**  
(Liberado em **27/08/2020** às **11:04**)



27/08/2020 11:04



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:26:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110264534600000070955583>  
Número do documento: 20121110264534600000070955583

Num. 72377458 - Pág. 15

# 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: 06989980494 4 - Nome completo da vítima: LIVI CARLOS MELO FILHO

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

5 - Nome completo: LIVI CARLOS MELO FILHO 6 - CEP: 06989980494  
 7 - Profissão: MORTONISTA 8 - Endereço: Rua 62. 00. 18 Bloco B 9 - Número: 20. 10 - Complemento: AP 202  
 11 - Bairro: Rio Doce 12 - Cidade: OLINDAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53080-790  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 99284-2398

## 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)  Caja Económica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM (655)

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 3285 188 0  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 (viver)?:  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPE 001 1000/0000



PREFEITURA DA CIDADE DO PAULISTA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

A N° 05.05.2020.  
M: 21.05.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**,  
**RG Nº 6.106.120 SSP - PE, CPF Nº 069.899.804-94**, declaramos que  
baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 809573** do dia **16 de maio de 2020**,  
foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU  
Paulista, por volta das 21hs e 18min, vítima de acidente com motocicleta, na  
Avenida Brasil, S/N, Maranguape I - Paulista, nas proximidades do posto BR,  
sendo em sequida removido para o hospital Miguel Arraes.

**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape – Paulista, CEP: 53421-120 Fone: (32) 320-2010



# 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: 15/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000003285188-0

---

Nr. da Autenticação D13815E1F573423E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 10:26:45  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121110264534600000070955583>  
Número do documento: 20121110264534600000070955583

Num. 72377458 - Pág. 18