

---

**Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190607730**

**Vítima: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

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

**Senhor(a), GILDO SEVERINO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190607730**

**Vítima: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GILDO SEVERINO 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

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190607730

Vítima: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data do Acidente: 09/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILDO SEVERINO DA SILVA

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 4.725,00 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GILDO SEVERINO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000028186-0

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                              |                      |                                         |                                   |
|----------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Nome completo <i>Gildo Severino de Silva</i> |                      | CPF titular da conta <i>89555899487</i> | Profissão <i>Aux. Topografica</i> |
| Endereço <i>Loteamento Jardim Eldorado</i>   |                      | Número <i>600</i>                       | Complemento                       |
| Bairro <i>Gubernalha</i>                     | Cidade <i>Recife</i> | Estado <i>PE</i>                        | CEP <i>52291655</i>               |
| Email                                        |                      | Telefone (DDD) <i>98995-6949</i>        |                                   |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

|                              |                |                              |              |
|------------------------------|----------------|------------------------------|--------------|
| AGÊNCIA NRO. <i>3057</i>     | D/V <i>013</i> | CONTA NRO. <i>00028186</i>   | D/V <i>0</i> |
| (Informar dígito se existir) |                | (Informar dígito se existir) |              |

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                              |      |
|------------------------------|------|
| BANCO Nome                   | NRO. |
| AGÊNCIA NRO.                 | D/V  |
| CONTA NRO.                   | D/V  |
| (Informar dígito se existir) |      |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Recife* . *05* de *Julho* de *2018*  
Local e Data

*GILDO SEVERINO DE SILVA*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

|                           |               |                         |
|---------------------------|---------------|-------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
|---------------------------|---------------|-------------------------|

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                            |                      |                  |
|----------------------------|----------------------|------------------|
| Nome completo              | CPF titular da conta | Profissão        |
| Gildo Severino de Silva    | 89555899487          | aux. Topografica |
| Endereço                   | Número               | Complemento      |
| Inteamento Jardim Eldorado | 600                  |                  |
| Bairro                     | Cidade               | Estado           |
| Gubernalva                 | Recife               | PE               |
| Email                      | CEP                  | Telefone (DDD)   |
|                            | 52291655             | 98995-6949       |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                                                                                 |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                                                            | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00                                                         | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                                                |                                                        |
| <b>AGÊNCIA</b><br>NRO. 3057 D/V 013<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        | <b>BANCO</b><br>Nome _____ NRO. _____<br><b>AGÊNCIA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(Informar dígito se existir) |                                                        |
| <b>CONTA</b><br>NRO. 00028186 D/V 0<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        | <b>CONTA</b><br>NRO. _____ D/V _____<br>(Informar dígito se existir)                                            |                                                        |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 05 de julho de 2018.  
Local e Data

GILDO SEVERINO DE SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -  
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0108001034**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/05/2018 às  
**11:30**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
**que aconteceu no dia 9/10/2017 às 17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, PROXIMO A  
UPINHA CORREGO DO JINIPAPO - Bairro: MACAXEIRA -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE )  
GILDO SEVERINO DA SILVA ( VITIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**GILDO SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
SEVERINO JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data de Nascimento:  
14/6/1972 Naturalidade: POMBOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4553151/SDS/PE  
(RG). 89566888487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 89916949**

**Endereço Residencial: RUA VILA ARITANA, 999, JARDIM ELDORADO - CEP: 55000-000 -  
Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFI4617** (PERNAMBUCOMÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**

Descrição: **MOTOCICLETA DA MARCA SUZUKI DE COR PRETA DA PLACA KFI4617**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO AUTOMOVEL DE COR - MARCA - PLACA NAO ANOTADA O MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL**

### Complemento / Observação

SEGUNDO O QUEIXOSO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA PELA BR 101 NORTE, SENTIDO MACAXEIRA / PAULISTA, QUANDO NAS MEDIAÇÕES DO TERMINAL DA MACAXEIRA (CORREGO JINIPAPO) UM VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA - DIRIGIDO POR UM DESCONHECIDO NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA. O PILOTO FOI AO CHAO, FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE FOI ATENDIDO PELO MEDICO TADEU BURI CREMEPE 3819. O MOTORISTA DO VEICULO EVADIU - SE DO LOCAL. A MOTOCICLETA ESTA EM NOME DO SENHOR EVERALDO JOSE FARIAS DOS SANTOS. CASO AFETO A DELEGACIA DA MACAXEIRA.

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

**GILDO SEVERINO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221032-8** - Matrícula: **221032-8**

*Eliezer Lima*





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -  
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0108001034**

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/05/2018 às 11:30**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 9/10/2017 às 17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1, PROXIMO A  
UPINHA CORREGO DO JINIPAPO - Bairro: MACAXEIRA -  
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE )  
GILDO SEVERINO DA SILVA ( VITIMA )**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**GILDO SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
SEVERINO JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA Data de Nascimento:  
14/6/1972 Naturalidade: POMBOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4553151/SDS/PE  
(RG). 89566888487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 89916949**

**Endereço Residencial: RUA VILA ARITANA, 999, JARDIM ELDORADO - CEP: 55000-000 -  
Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA, que  
estava em posse do(a) Sr(a): GILDO SEVERINO DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SUZUKI/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFI4617** (PERNAMBUCOMÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**

Descrição: **MOTOCICLETA DA MARCA SUZUKI DE COR PRETA DA PLACA KFI4617**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDOS**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO AUTOMOVEL DE COR - MARCA - PLACA NAO ANOTADA O MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL**

### Complemento / Observação

SEGUNDO O QUEIXOSO PILOTAVA SUA MOTOCICLETA PELA BR 101 NORTE, SENTIDO MACAXEIRA / PAULISTA, QUANDO NAS MEDIAÇÕES DO TERMINAL DA MACAXEIRA (CORREGO JINIPAPO) UM VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA - DIRIGIDO POR UM DESCONHECIDO NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA. O PILOTO FOI AO CHAO, FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, ONDE FOI ATENDIDO PELO MEDICO TADEU BURI CREMEPE 3819. O MOTORISTA DO VEICULO EVADIU - SE DO LOCAL. A MOTOCICLETA ESTA EM NOME DO SENHOR EVERALDO JOSE FARIAS DOS SANTOS. CASO AFETO A DELEGACIA DA MACAXEIRA.

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

**GILDO SEVERINO DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221032-8** - Matrícula: **221032-8**

*Eliezer Lima*





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000025 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). GILDO SEVERINO DA SILVA, 45 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4593151 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 895.558.994-87, residente à LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO, nº 515, , GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/10/2017, por volta das 18:35 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) GILDO SEVERINO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 895.558.994-87 e Registro Geral nº 4593151, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707174-4 TELES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1066221. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000025*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000025 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). GILDO SEVERINO DA SILVA, 45 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4593151 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 895.558.994-87, residente à LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO, nº 515, , GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/10/2017, por volta das 18:35 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) GILDO SEVERINO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 895.558.994-87 e Registro Geral nº 4593151, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707174-4 TELES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1066221. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 29/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000025*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# 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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: GILDO SEVERINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000028186-0

---

Nr. da Autenticação 7FFF10D235176D47

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral, Ugué 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br))



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000368



GILDO SEVERINO DA SILVA  
JARDIM ELDORADO  
BREJO DA GUABIRAB  
RECIFE - PE  
52291.655



50131969874081100000003361430260418

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral, Ugué 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br))



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000368



GILDO SEVERINO DA SILVA  
JARDIM ELDORADO  
BREJO DA GUABIRAB  
RECIFE - PE  
52291.655



50131969874081100000003361430260418

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVERALDO JOSÉ FARIAS DOS SANTOS,

RG nº 3875593, data de expedição 27/07/1994

Órgão SSP, portador do CPF nº 76404153491 com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. VEREADOR STACÍLIO DA AZEVEDO, nº 127

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima GILDO SEVERINO DA SILVA cujo o condutor era GILDO SEVERINO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: SUZUKI EN. 125 YES

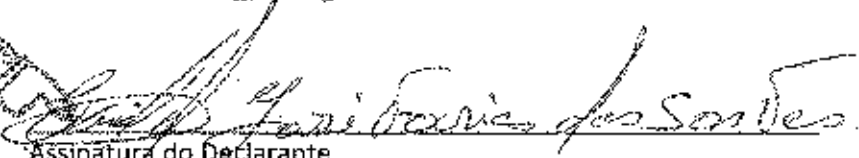
Ano: 207

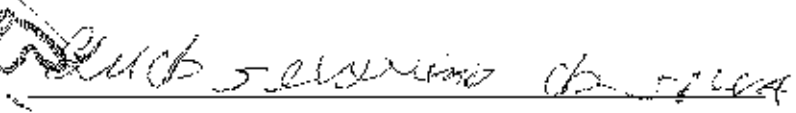
Placa: RF1.4617

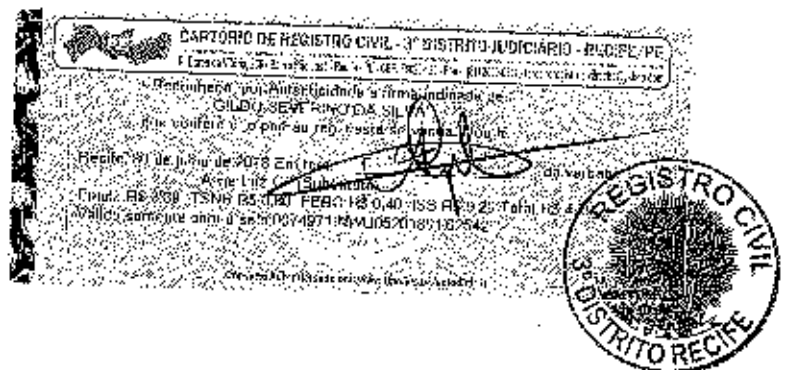
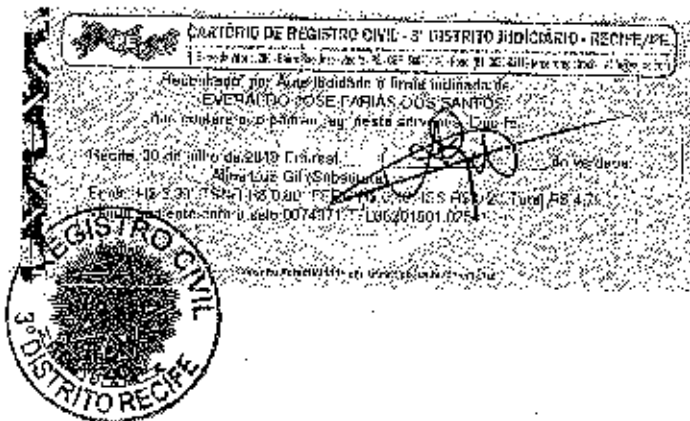
Chassi: SCDNF41432M106931

Data do Acidente: 09/10/2017

Local e Data: BR 101 PROXIMO MACAXEIRA = 09/10/2017

  
Assinatura do Declarante

  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Caldo Severino da Silva

IDADE:

SEXO:

F

M

Pr

uso oral

① Ciprofloxacin 500 mg ————— 60cp

Tomar 01 comp de 12/12h por 30 dias

② Clindamicina 300 mg ————— 120cp

Tomar 01 comp de 6/6h por 30 dias

Dr. André Gustavo Pires  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 27725

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX 81 31845600

11-03-2018 11:33 065954 V1

55500009 L1029 00101



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

*Imo med.*

*Cinco Pacientes 500 g -*

*019 20 de 12/12/14*

*por 10 de 15*

Arisson Ferreira Leite

2º Tenente Médico

PRESCRIÇÃO

11/12/2014 14:12

23/07/12

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX 81 31645600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL  
Getúlio Vargas



Paciente: GILDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 01066221

Data de Nascimento: 14/06/1972

Idade: 45a 10m 26d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

VIA ORAL

1) CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP  
TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 7 DIAS

Dr. Fábio Moura Rego Nogueira Leal  
Médico  
CRM: 26551-PE

10 DE MAIO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

11-05-2018 11:29 068963 1/1

RECEITUÁRIO LÍDER IMPRIMIR



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE  
BOLETIM DE  
ESCLARECIMENTO

|                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                              |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE: <b>GILDO SEVERINO DA SILVA</b>                                                                                                                                              |                                                         |                                                              |                |
| NOME DA MÃE: <b>SEVERINA JOSE DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                  |                                                         |                                                              |                |
| DATA DE NASCIMENTO: <b>14/06/1972</b>                                                                                                                                                         | IDADE:                                                  | NATURALIDADE:                                                |                |
| ENDERECO: <b>LOTEAMENTO JO. ELBOZADO</b>                                                                                                                                                      |                                                         | Nº <b>600</b>                                                |                |
| BAIRRO: <b>BUEJO</b>                                                                                                                                                                          | CIDADE: <b>RECIFE</b>                                   | ESTADO: <b>PE</b>                                            |                |
| Nº PRONTUÁRIO: <b>1066221</b>                                                                                                                                                                 | Nº CARTÃO SUS: <b>Clont 403-01</b>                      |                                                              |                |
| INTERNAMENTO/CIRURGIA:                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                              |                |
| EMERGÊNCIA (ALA/BOX): CLÍNICA (ESPECIALIDADE): ENFERMARIA/LEITO:                                                                                                                              |                                                         |                                                              |                |
| HOSPITAL DIA: ( ) CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ( ) SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )                                                                                                  |                                                         |                                                              |                |
| DATA DE INTERNAMENTO: <b>09/10/17</b>                                                                                                                                                         | DATA DE CIRURGIA: <b>11/11/17</b>                       | DATA DE ALTA: <b>11/11/17</b>                                | DATA DO ÓBITO: |
| NOME DO SOLICITANTE:                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                              |                |
| GRAU PARENTESCO:                                                                                                                                                                              |                                                         |                                                              |                |
| DOCUMENTO APRESENTADOS:                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                              |                |
| <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO         | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO               |                |
| <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO            | <input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA           |                |
| <input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> PACIENTE USA PROTESE QUE TIPO: |                                                              |                |
| <b>ATENÇÃO IMPORTANTE</b>                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                              |                |
| Informações sobre andamento do Processo, após 30(trinta) dias úteis, entrar em contato através do telefone (81) 3184-5662, segunda à quinta, de 08:00 às 12:00h.                              |                                                         |                                                              |                |
| Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.                                                                                              |                                                         |                                                              |                |
| <b>ENTREGA DE LAUDOS</b>                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                              |                |
| Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quarta – feira, no Arquivo(SAME), no 1º andar.                                                                                              |                                                         |                                                              |                |
| Será entregue ao próprio paciente, parentes de 1º Grau (que comprove proximidade com o paciente) e terceiros (munidos de procuração, reconhecida em Cartório), no Arquivo(SAME), no 1º andar. |                                                         |                                                              |                |
| <b>SOLICITAÇÃO DE LAUDOS</b>                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                              |                |
| Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quarta, no Arquivo(SAME), no 1º andar.                                                                                                                 |                                                         |                                                              |                |
| Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, onde constará Diagnóstico, Tratamento e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.     |                                                         |                                                              |                |
| <b>LAUDO + COPIA<br/>DO<br/>PRONTUÁRIO</b>                                                                                                                                                    |                                                         | Recife, <u>01</u> de <u>Novembro</u> de 20 <u>17</u>         |                |
|                                                                                                                                                                                               |                                                         | _____<br>ASSINATURA DO SOLICITANTE<br>E/OU RESPONSÁVEL LEGAL |                |
| FONE:                                                                                                                                                                                         |                                                         | Nº DO RG OU CPF:                                             |                |



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**1. Ocorrência da Emergência: 495261**

**1.1 - Atendimentos em: 09/10/17**

**1.2 - Às 19 horas e 42 minutos.**

**1.3 - Internado:**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1066221**

**2.1 – Internado em: 09/10/17**

**2.2 - Alta em: 01/11/17**

**3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.**

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA. 2º CIRURGIA EM 21/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. 3º CIRURGIA EM 25/10/17 = LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIDA OPERATÓRIA.**

**5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.**

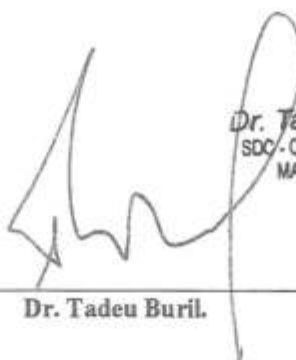
DATA: 14.5.2018

HORA: 09:30:16

PASTA: 01.05.2018

TB

RS

  
**Dr. Tadeu Buril**  
SOC - CREMEPE - 3019  
MAT. 0566683

**Dr. Tadeu Buril.**



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 495261

Prontuário: 1066221

Nome: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data Nasc.: 14/06/1972

Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4593151

CNS: 898001086121882

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO

Nº: 600

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52291655

Fone: 89916949

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. JOSE MARCOS ACIDENTE DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 09/10/2017 HORA: 19:46 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

## Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

## B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora  
Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL**

**Getúlio Vargas**



**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA

NOME DA MÃE: CRISTINA DA SILVA

CARTÃO SUS: CR

Nº DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

SEXO: ☐ F ☐ M

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
Infecção de 1º em perna (E)

COMORBIDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/10/17

DATA DA ALTA: 01/11/17

DIAS DE INTERNAÇÃO: 07d

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013

CID: \_\_\_\_\_

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO  
Dra Dayse Figueiredo  
CRM 1543 MATRÍCULA  
Mat. 297.163-1

| COD. | EQUIPE               | NOME DO PROFISSIONAL      |
|------|----------------------|---------------------------|
| 1    | CIRURGIÃO            | <u>Dr. Bruno Monteiro</u> |
| 2    | 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO | <u>Flora</u>              |
| 3    | 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO |                           |
| 4    | ANESTESISTA          |                           |
| 5    | CLÍNICO              |                           |

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  
☐ DIÁRIA DE UTI  
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL  
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO  
☐ USO DE OXIGÊNIO

☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE  
☐ HEMODIÁLISE

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**  
 ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:  
Cirurgia sem internação

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: O mesmo

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: alta

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do Carimbo/CRM: \_\_\_\_\_

AV. 1010 V. 1.2013.

Av. General San Martin s/n - Centro  
 Recife/PE - CEP 50.830-060  
 Fone: (0XX) 81.31548800

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**NOME DO PACIENTE**

<sup>E</sup> Gilbo Severino da Silva

Nº PRONTUÁRIO

106 6221

|                  |
|------------------|
| DATA DA OPERAÇÃO |
|------------------|

25/10/17

ENFERMARIA

203

**LETO**

04

|          |  |
|----------|--|
| OPERADOR |  |
|----------|--|

OPERADOR  
Dn: Arthur Locatelli

1º AUXILIAR

AUXILIAR  
Dr. Bruno Monteiro

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

Eng. Maria.

### DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

• Infecção de FO.

#### TIPO DE OPERAÇÃO

LMC

### DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

### ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

② Assepsis e Antiseptia

3) Aposição de campos estereois

4) Observada drenagem, de secreção de FO

15) Retinador de pontos

↳ Laragem copiosa com SF 0,4%.

⑦ Desbridamento de tecidos desvitalizados.

3) Aproximaciones de bordes de FO

⑤ Concrete

GROUP MEMBERS:  
Hamed, Tasharraf  
SEM: 2422



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Caldo Severino da Silva

IDADE:

SEXO:

F

M

Pr

uso oral

① Ciprofloxacin 500 mg ————— 60cp

Tomar 01 comp de 12/12h por 30 dias

② Clindamicina 300 mg ————— 120cp

Tomar 01 comp de 6/6h por 30 dias

Dr. André Gustavo Pires  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 22725

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX 81 31845600

HGV 1002 V 1 2013

11-03-2018 11:33 065954 V1

55500009 L1029 00101



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO:

F

M

*Imo med.*

*Cupio Recurso 500g -*  
*01g 20 de 12/12/14*  
*por 10 de us*

Arisson Ferreira Leite

2º Tenente Médico

PRESENCIA 04/12/14

11/12/14 11:25-13

23/07/12

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX.81.31645600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL  
Getúlio Vargas



Paciente: GILDO SEVERINO DA SILVA

Prontuário: 01066221

Data de Nascimento: 14/06/1972

Idade: 45a 10m 26d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

VIA ORAL

1) CEFALLEXINA 500MG ----- 28 COMP  
TOMAR 01 COMP VO 6/6H POR 7 DIAS

Dr. Fábio Moura Rego N. Leal  
Médico  
CRM: 26551-PE

10 DE MAIO DE 2018

FABIO MOURA REGO NOGUEIRA LEAL - CRM: Nº.26551

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600

11-05-2018 11:29 068963 1/1

RECEITUÁRIO LÍDER IMPRIMIR



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE  
BOLETIM DE  
ESCLARECIMENTO

|                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                         |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE: <b>GILDO SEVERINO DA SILVA</b>                                                                                                                                              |                                                         |                                                         |                |
| NOME DA MÃE: <b>SEVERINA JOSE DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                  |                                                         |                                                         |                |
| DATA DE NASCIMENTO: <b>14/06/1972</b>                                                                                                                                                         | IDADE:                                                  | NATURALIDADE:                                           |                |
| ENDERECO: <b>LOTEAMENTO JO. ELBOZADO</b>                                                                                                                                                      |                                                         | Nº <b>600</b>                                           |                |
| BAIRRO: <b>BUEJO</b>                                                                                                                                                                          | CIDADE: <b>RECIFE</b>                                   | ESTADO: <b>PE</b>                                       |                |
| Nº PRONTUÁRIO: <b>1066221</b>                                                                                                                                                                 | Nº CARTÃO SUS: <b>Clont 403-01</b>                      |                                                         |                |
| INTERNAMENTO/CIRURGIA:                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                         |                |
| EMERGÊNCIA (ALA/BOX): CLÍNICA (ESPECIALIDADE): ENFERMARIA/LEITO:                                                                                                                              |                                                         |                                                         |                |
| HOSPITAL DIA: ( ) CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ( ) SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )                                                                                                  |                                                         |                                                         |                |
| DATA DE INTERNAMENTO: <b>09/10/17</b>                                                                                                                                                         | DATA DE CIRURGIA: <b>11/11/17</b>                       | DATA DE ALTA: <b>11/11/17</b>                           | DATA DO ÓBITO: |
| NOME DO SOLICITANTE:                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                         |                |
| GRAU PARENTESCO:                                                                                                                                                                              |                                                         |                                                         |                |
| DOCUMENTO APRESENTADOS:                                                                                                                                                                       |                                                         |                                                         |                |
| <input type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO         | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO          |                |
| <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO            | <input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA      |                |
| <input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> PACIENTE USA PROTESE QUE TIPO: |                                                         |                |
| <b>ATENÇÃO IMPORTANTE</b>                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                         |                |
| Informações sobre andamento do Processo, após 30(trinta) dias úteis, entrar em contato através do telefone (81) 3184-5662, segunda à quinta, de 08:00 às 12:00h.                              |                                                         |                                                         |                |
| Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.                                                                                              |                                                         |                                                         |                |
| <b>ENTREGA DE LAUDOS</b>                                                                                                                                                                      |                                                         |                                                         |                |
| Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quarta – feira, no Arquivo(SAME), no 1º andar.                                                                                              |                                                         |                                                         |                |
| Será entregue ao próprio paciente, parentes de 1º Grau (que comprove proximidade com o paciente) e terceiros (munidos de procuração, reconhecida em Cartório), no Arquivo(SAME), no 1º andar. |                                                         |                                                         |                |
| <b>SOLICITAÇÃO DE LAUDOS</b>                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                         |                |
| Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quarta, no Arquivo(SAME), no 1º andar.                                                                                                                 |                                                         |                                                         |                |
| Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, onde constará Diagnóstico, Tratamento e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.     |                                                         |                                                         |                |
| <b>LAUDO + COPIA<br/>DO<br/>PRONTUÁRIO</b>                                                                                                                                                    |                                                         | Recife, <u>01</u> de <u>Novembro</u> de 20 <u>17</u>    |                |
|                                                                                                                                                                                               |                                                         | <br>ASSINATURA DO SOLICITANTE<br>E/OU RESPONSÁVEL LEGAL |                |
| FONE:                                                                                                                                                                                         |                                                         | Nº DO RG OU CPF:                                        |                |



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME: GILDO SEVERINO DA SILVA**

**1. Ocorrência da Emergência: 495261**

**1.1 - Atendimentos em: 09/10/17**

**1.2 - Às 19 horas e 42 minutos.**

**1.3 - Internado:**

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1066221**

**2.1 – Internado em: 09/10/17**

**2.2 - Alta em: 01/11/17**

**3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.**

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA. 2º CIRURGIA EM 21/10/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. 3º CIRURGIA EM 25/10/17 = LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIDA OPERATÓRIA.**

**5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.**

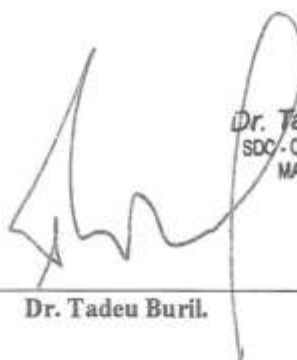
DATA: 14.5.2018

HORA: 09:30:16

PASTA: 01.05.2018

TB

RS

  
**Dr. Tadeu Buril**  
SOC - CREMEPE - 3019  
MAT. 0566683

**Dr. Tadeu Buril.**



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 495261

Prontuário: 1066221

Nome: GILDO SEVERINO DA SILVA

Data Nasc.: 14/06/1972

Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4593151

CNS: 898001086121882

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO

Nº: 600

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52291655

Fone: 89916949

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA JOSE DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. JOSE MARCOS ACIDENTE DE MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 09/10/2017 HORA: 19:46 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

## Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

## B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora  
Escore: Hora: Escore: Hora: Escore: Hora:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

**HOSPITAL**

**Getúlio Vargas**



**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA

NOME DA MÃE: CRISTINA DA SILVA

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ F ☐ M

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Infecção de 1º em perna (E)

COMORBIDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

02 (DUAS) VIAS

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

Nº DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

DIAS DE INTERNAÇÃO: 07

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/10/17 DATA DA ALTA: 31/11/17

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0415030013 CID: \_\_\_\_\_

0415040035 (L02.4) / 0413940178 (T81.4)

CARIMBO REVISOR/FATURAMENTO

Dra Dayse Figueiredo

CRM 1543 MATRÍCULA

Mat. 297.163-1

| COD. | EQUIPE               | NOME DO PROFISSIONAL       |
|------|----------------------|----------------------------|
| 1    | CIRURGIÃO            | <u>Dr. Carlos da Silva</u> |
| 2    | 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO | <u>Dr. Bruno Monteiro</u>  |
| 3    | 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO | <u>Dr. Carlos da Silva</u> |
| 4    | ANESTESISTA          | <u>Dr. Carlos da Silva</u> |
| 5    | CLÍNICO              | <u>Dr. Carlos da Silva</u> |

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ HEMODIALISE

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE OXIGÊNIO

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:

Cirurgia sem internação

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: O mesmo

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: alta

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBTO: ☐ IAL ☐ SVO ☐ BO: \_\_\_\_\_

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ASSINATURA/CARIMBO/CRM

DATA: \_\_\_\_\_

Avenida General San Martin s/n - Centro  
Recife/PE - CEP 50.830-060  
Fone: (0XX) 81.34548800

0V.1010.V.1.2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**NOME DO PACIENTE**

<sup>E</sup> Gilbo Severino da Silva

Nº PRONTUÁRIO

106 6221

| DATA DA OPERAÇÃO | VALOR  | DESCRIÇÃO     |
|------------------|--------|---------------|
| 01/01/2010       | 100,00 | Saldo Inicial |
| 02/01/2010       | 50,00  | Deposito      |
| 03/01/2010       | 20,00  | Saque         |
| 04/01/2010       | 30,00  | Deposito      |
| 05/01/2010       | 10,00  | Saque         |
| 06/01/2010       | 40,00  | Deposito      |
| 07/01/2010       | 15,00  | Saque         |
| 08/01/2010       | 25,00  | Deposito      |
| 09/01/2010       | 35,00  | Saque         |
| 10/01/2010       | 45,00  | Deposito      |
| 11/01/2010       | 55,00  | Saque         |
| 12/01/2010       | 65,00  | Deposito      |
| 13/01/2010       | 75,00  | Saque         |
| 14/01/2010       | 85,00  | Deposito      |
| 15/01/2010       | 95,00  | Saque         |
| 16/01/2010       | 105,00 | Deposito      |
| 17/01/2010       | 115,00 | Saque         |
| 18/01/2010       | 125,00 | Deposito      |
| 19/01/2010       | 135,00 | Saque         |
| 20/01/2010       | 145,00 | Deposito      |
| 21/01/2010       | 155,00 | Saque         |
| 22/01/2010       | 165,00 | Deposito      |
| 23/01/2010       | 175,00 | Saque         |
| 24/01/2010       | 185,00 | Deposito      |
| 25/01/2010       | 195,00 | Saque         |
| 26/01/2010       | 205,00 | Deposito      |
| 27/01/2010       | 215,00 | Saque         |
| 28/01/2010       | 225,00 | Deposito      |
| 29/01/2010       | 235,00 | Saque         |
| 30/01/2010       | 245,00 | Deposito      |
| 31/01/2010       | 255,00 | Saque         |
| 01/02/2010       | 265,00 | Deposito      |
| 02/02/2010       | 275,00 | Saque         |
| 03/02/2010       | 285,00 | Deposito      |
| 04/02/2010       | 295,00 | Saque         |
| 05/02/2010       | 305,00 | Deposito      |
| 06/02/2010       | 315,00 | Saque         |
| 07/02/2010       | 325,00 | Deposito      |
| 08/02/2010       | 335,00 | Saque         |
| 09/02/2010       | 345,00 | Deposito      |
| 10/02/2010       | 355,00 | Saque         |
| 11/02/2010       | 365,00 | Deposito      |
| 12/02/2010       | 375,00 | Saque         |
| 13/02/2010       | 385,00 | Deposito      |
| 14/02/2010       | 395,00 | Saque         |
| 15/02/2010       | 405,00 | Deposito      |
| 16/02/2010       | 415,00 | Saque         |
| 17/02/2010       | 425,00 | Deposito      |
| 18/02/2010       | 435,00 | Saque         |
| 19/02/2010       | 445,00 | Deposito      |
| 20/02/2010       | 455,00 | Saque         |
| 21/02/2010       | 465,00 | Deposito      |
| 22/02/2010       | 475,00 | Saque         |
| 23/02/2010       | 485,00 | Deposito      |
| 24/02/2010       | 495,00 | Saque         |
| 25/02/2010       | 505,00 | Deposito      |
| 26/02/2010       | 515,00 | Saque         |
| 27/02/2010       | 525,00 | Deposito      |
| 28/02/2010       | 535,00 | Saque         |
| 29/02/2010       | 545,00 | Deposito      |
| 30/02/2010       | 555,00 | Saque         |
| 01/03/2010       | 565,00 | Deposito      |
| 02/03/2010       | 575,00 | Saque         |
| 03/03/2010       | 585,00 | Deposito      |
| 04/03/2010       | 595,00 | Saque         |
| 05/03/2010       | 605,00 | Deposito      |
| 06/03/2010       | 615,00 | Saque         |
| 07/03/2010       | 625,00 | Deposito      |
| 08/03/2010       | 635,00 | Saque         |
| 09/03/2010       | 645,00 | Deposito      |
| 10/03/2010       | 655,00 | Saque         |
| 11/03/2010       | 665,00 | Deposito      |
| 12/03/2010       | 675,00 | Saque         |
| 13/03/2010       | 685,00 | Deposito      |
| 14/03/2010       | 695,00 | Saque         |
| 15/03/2010       | 705,00 | Deposito      |
| 16/03/2010       | 715,00 | Saque         |
| 17/03/2010       | 725,00 | Deposito      |
| 18/03/2010       | 735,00 | Saque         |
| 19/03/2010       | 745,00 | Deposito      |
| 20/03/2010       | 755,00 | Saque         |
| 21/03/2010       | 765,00 | Deposito      |
| 22/03/2010       | 775,00 | Saque         |
| 23/03/2010       | 785,00 | Deposito      |
| 24/03/2010       | 795,00 | Saque         |
| 25/03/2010       | 805,00 | Deposito      |
| 26/03/2010       | 815,00 | Saque         |
| 27/03/2010       | 825,00 | Deposito      |
| 28/03/2010       | 835,00 | Saque         |
| 29/03/2010       | 845,00 | Deposito      |
| 30/03/2010       | 855,00 | Saque         |
| 31/03/2010       | 865,00 | Deposito      |
| 01/04/2010       | 875,00 | Saque         |
| 02/04/2010       | 885,00 | Deposito      |
| 03/04/201        |        |               |

25/10/17

ENFERMARIA

203

**LETO**

04

|          |  |
|----------|--|
| OPERADOR |  |
|----------|--|

OPERADOR  
Dn: Arthur Locatelli

1º AUXILIAR

AUXILIAR  
Dr. Bruno Monteiro

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

Eng. Marilia.

### DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Infecção de FO.

TIPO DE OPERAÇÃO

LMC

### DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

### ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

② Assepsis e Antiseptia

3) Aposição de campos estereois

4) Observada drenagem, de secreção de FO

15) Retinador de pontos

↳ Laragem copiosa com SF 0,4%.

⑦ Desbridamento de tecidos desvitalizados.

3) Aproximação de bordas da FO.

⑤ Concrete

GROUP MEMBERS  
IMMEDIATELY TO MEMBERS  
SAM-PE-242



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190607730

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GILDO SEVERINO DA SILVA

**Data do acidente:** 09/10/2017

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tíbia e fíbula distais esquerdas

**Descrição do exame físico:** Vítima com consolidação alinhada da fratura, fistula fechada de osteomielite, bloqueio articular de tornozelo, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, deficit de força grave local, alteração da marcha, presença de cicatriz local

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, evoluindo com infecção local, sendo retirado o material cirurgico.  
Fez fisioterapia, alta médica

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/11/2019

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 21190 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018A. CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA  
Ofício nº. 34 / 2018 Data 8 / 6 / 2018  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018A. CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:54 do dia 8 de Junho de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **GILDO SEVERINO DA SILVA** filho(a) de **SEVERINO SEBASTIÃO DA SILVA** e de **SEVERINA JOSE DOS SANTOS**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **NÃO INFORMADO**, apresentando a idade de **45 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **NÃO INFORMADO**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 4593151**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **NÃO INFORMADO**, complemento: **NÃO INFORMADO**, bairro **NÃO INFORMADO**, telefone/s **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Periciando refere ter sofrido acidente motociclistico, no dia 09/10/17, na BR-101 próximo ao terminal da Macaxeira, Recife/PE, tendo sido socorrido pelo Corpo Bombeiros, e encaminhado ao Hospital Getúlio Vargas, conforme fotocópias apresentadas. Permaneceu internado até o dia 1º/11/17, tendo sido submetido a 03 (três) procedimentos cirúrgicos: A) 09/10/17- Tratamento cirúrgico de fratura exposta dos ossos da perna esquerda; b) 21/10/17- Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos da perna esquerda; c) 25/10/17- Limpeza cirúrgica de ferida operatória.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Cicatriz em região medial da perna esquerda, medindo 190mm. Granuloma em região medial do terço distal da perna esquerda, sem saída de secreção no presente exame. Amplitude de movimento preservada do tornozelo. Está em uso de muletas.

**QUESITOS:**

1ª) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?  
Sim

2ª) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?  
Instrumento contundente.

3ª) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?  
Sim. Debilidade permanente de membro; Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias.

4ª) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)  
Não.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA  
Perito responsável: **FABIO FARIAS ALVIM**  
Assistente: **DR. GUSTAVO PÓDICA**  
Matriculado nº 253.370-7  
Data: 08/06/18  
Assinado: **GILDO SEVERINO DA SILVA**  
Assinado: **831**

Lito e achado correto o(a) médico(a) legista que assina DUTY ANDRÉ PORTO DE BARROS WANDERLEY  
LIMA - CRM 18721  
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



**Destinatário:**

CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04  
SEGURADORA LIDER DPVAT  
Rua da Assembleia, 100 100 24ºANDAR, Centro  
20011-904 - Rio de Janeiro - RJ

**Número da Autorização de Postagem (e-ticket): 1058346665**  
**Autorizador da Postagem: SEGURADORA LIDER DPVAT**  
**Data de Emissão: 05/07/2018**  
**Data de Validade: 04/08/2018**  
**Quantidade de objetos: 1**

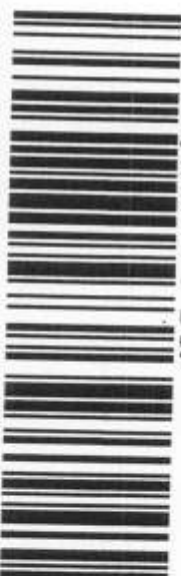
FC0928/38

PESO (kg)

Correios

☐ MP☐ AR

Dy 72895666 5 BR.

**SEDEX**

**Remetente:** *PROCON-PE*  
CPF/CNPJ: 21.798.620/0002-79  
MARILIA BORGES  
Rua Floriano Peixoto 141, São José  
50020-068 - Recife - PE

22/06/18



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA  
GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL METROPOLITANO  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA - APIPUCOS  
18º DISTRITO POLICIAL- MACAXEIRA

Recife, 22 de maio de 2018

Ofício nº 34 /2018 - (TCO)  
BO 18E 0108001034

Senhor Diretor,

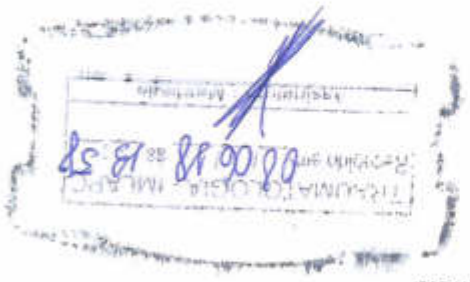
Pelo Presente, solicito a V. S.ª, que seja procedido do competente EXAME TRAUMATOLÓGICO na pessoa de:

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| Nome:    | ELIO SEVERINO DA SILVA      |
| Pai:     | SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA |
| Mãe:     | SEVERINA JOSE DOS SANTOS    |
| Nascido: | 11/06/72 RG: 4593151/SPS/PE |

Solicito ainda que o referido Laudo Traumatológico seja enviado à DELEGACIA DE POLÍCIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO -- MACAXEIRA

Atenciosamente,

DIOGO GONÇALVES BEM  
Delegado de Polícia



Ilmo. Sr. Diretor  
Instituto de Medicina Legal- IML  
NESTA



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gildo Severino de Silva

DATA DO ACIDENTE 09/10/2017 - CPF DA VÍTIMA 895 558 994-87

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Gildo Severino de Silva ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É filho

ENDEREÇO DO PORTADOR Logradouro Jardim Eldorado, BAIRRO Barro de Guabinha

Nº 600 COMPLEMENTO - UF PE CEP 52291-655

CIDADE Recife TELEFONE (81) 989916949

E-MAIL -

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

(X) IMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE = R\$ 13.500,00

\* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

\* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

\* O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

\* TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/07/2018

IDENTIDADE 4593151 SDS/PE

ASSINATURA Gildo Severino de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 05/07/2018 MATR. CORREIOS

NOME

Rônica Moraes

ASSINATURA

Rônica Moraes



**Destinatário:**

CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04  
SEGURADORA LIDER DPVAT  
Rua da Assembleia, 100 100 24ºANDAR, Centro  
20011-904 - Rio de Janeiro - RJ

**Número da Autorização de Postagem (e-ticket): 1058346665**  
**Autorizador da Postagem: SEGURADORA LIDER DPVAT**  
**Data de Emissão: 05/07/2018**  
**Data de Validade: 04/08/2018**  
**Quantidade de objetos: 1**

FC0928/38

PESO (kg)

Correios

☐ MP

☐ AR

100g  
D 72895666 5 BR.

**SEDEX**



**Remetente:** *PRONUN-PE*  
CPF/CNPJ: 21.798.620/0002-79  
MARILIA BORGES  
Rua Floriano Peixoto 141, São José  
50020-068 - Recife - PE

22/06/18



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA  
GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL METROPOLITANO  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA - APIPUCOS  
18º DISTRITO POLICIAL- MACAXEIRA

Recife, 22 de maio de 2018

Ofício nº 34 /2018 - (TCO)  
BO 18E 0108001034

Senhor Diretor,

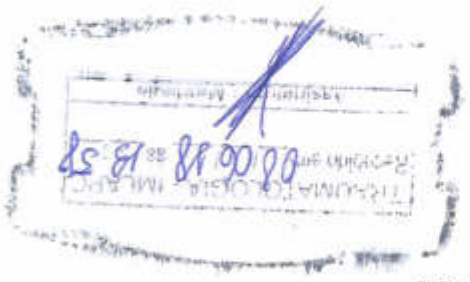
Pelo Presente, solicito a V. S.ª, que seja procedido do competente EXAME TRAUMATOLÓGICO na pessoa de:

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| Nome:    | ELIO SEVERINO DA SILVA      |
| Pai:     | SEVERINO SEBASTIAO DA SILVA |
| Mãe:     | SEVERINA JOSE DOS SANTOS    |
| Nascido: | 11/06/72 RG: 4593151/SPS/PE |

Solicito ainda que o referido Laudo Traumatológico seja enviado à DELEGACIA DE POLÍCIA DA 18ª CIRCUNSCRIÇÃO -- MACAXEIRA

Atenciosamente,

DIOGO GONÇALVES BEM  
Delegado de Polícia



Ilmo. Sr. Diretor  
Instituto de Medicina Legal- IML  
NESTA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gildo Severino de Silva  
DATA DO ACIDENTE 09/10/2017 - CPF DA VÍTIMA 895 558 994-87  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É Gildo Severino de Silva  
ENDEREÇO DO PORTADOR Logradouro Jardim Eldorado, BAIRRO Barro de Guabinha  
Nº 600 COMPLEMENTO - UF PE CEP 52291-655  
CIDADE Recife TELEFONE (81) 989916949  
E-MAIL -

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO  
X CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

X CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

X LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

X BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO  
X CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)  
X CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)  
X RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)  
X IMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
X NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)  
X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

\* MORTE = R\$ 13.500,00

\* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

\* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

\* O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

\* TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/07/2018

IDENTIDADE 4593151 SDS/PE

ASSINATURA Gildo Severino de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 05/07/2018 MATR. CORREIOS

NOME Wânia Maria

ASSINATURA Wânia Maria





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

17 899185 19:21 8102-106-28 261 1004 2807 00000005

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA GILO SEVERINO DA SILVA  
 DATA DO ACIDENTE 09/10/17 CPF DA VITIMA 895.558.994-87  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO O MESMO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Imbituba, Jaraguá, Flandropó  
 Nº 600 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PRATO DA GUARARA  
 CIDADE Itaúna UF Pe CEP 52291-655  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (21) 98991-6949

### MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DOCS. COMPLEMENTARES DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO  
 ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 ( ) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OUTROS DOCUMENTOS: DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL, QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO  
 ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OUTROS DOCUMENTOS: DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL, QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/07/18 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS  
 IDENTIDADE 4593151 SSP-PE NOME MARIA  
 ASSINATURA Elisete Severino da Silva ASSINATURA [Assinatura]

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376052/19

**Vítima:** GILDO SEVERINO DA SILVA

**CPF:** 895.558.994-87

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 09/10/2017

**Titular do CPF:** GILDO SEVERINO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA : 919.419.384-34

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### GILDO SEVERINO DA SILVA : 895.558.994-87

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: 28/10/2019  
Nome: MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA  
CPF: 919.419.384-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

MARCOS ANTONIO DE ALMEIDA

Josyelli de Oliveira Cabral

**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: **3190607730**

Nome do(a) Examinado(a): **GILDO SEVERINO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Loteamento Jardim Eldorado, SN - Recife - PE - CEP 52291-655**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds** / **PE** ] **4593151**

Data e local do acidente: [ **09/10/2017** ] **Recife, PE**

Data e local do exame: [ **08/11/2019** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Fratura de tibia e fibula distais esquerdas***

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

***Vitima com consolidação alinhada da fratura, fistula fechada de osteomielite, bloqueio articular de tornozelo, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 15 graus, deficit de força grave local, alteração da marcha, presença de cicatriz local***

**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 com osteossíntese, evoluindo com infecção local, sendo retirado o material cirurgico. Fez fisioterapia, alta médica***

**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 membro inferior 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):

Membro inferior esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE