



13/01/2021

Número: **0077762-60.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL AMARAL DA SILVA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73483335	13/01/2021 09:36	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL AMARAL 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16143614





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

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL AMARAL DA SILVA

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

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

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

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

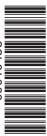
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00915/00916 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040458



Carta nº 16180898





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

**Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200338777**

**Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DANIEL AMARAL 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: DANIEL AMARAL DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000008310**

**Conta: 0000038495-6**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

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

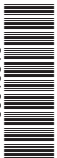
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01279/01280 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010640



**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: [3200338777](#)

Nome do(a) Examinado(a): [DANIEL AMARAL DA SILVA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Setenta, 16, BL 16, Paulista/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [Não Informado / Não Informado](#)

Data e local do acidente: [17/06/2020 - /PE](#)

Data e local do exame: [15/10/2020 - Recife/PE](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981](#)

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

[fratura de 5 metatarso esquerdo exposta](#)

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

[tratamento cirurgico com fio K, evoluindo com consolidação viciosa, rotação externa. Não fez fisioterapia, alta em 03/09/2020.](#)

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

[Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 10°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 5°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[limitação de grau leve do pé esquerdo, com consolidação viciosa, claudicação da marcha](#)

**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"

( ) "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.



Pé Esquerdo - Leve - 25%

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

SAUDESEG  
Dr. Leonardo Neves  
CRM-PE 17742





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 71163001473 4 - Nome completo da vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

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

5 - Nome completo: DANIEL AMARAL DA SILVA 6 - CPF: 71163001473  
7 - Profissão: MOTOBOY 8 - Endereço: RUA 70, RES. LUIZ BONAPARTE II 9 - Número: 16 10 - Complemento: BLOCO 16  
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53402723  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 985102808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ITAU  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0310 CONTA: 38495 6

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAULISTA 22 SETEMBRO 2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114003618**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/07/2020** às **08:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/6/2020** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01 - Bairro: MARANGUAPE I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53444-390**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO ( AUTOR / AGENTE )  
PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM ( OUTRO )  
MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME ( OUTRO )  
DANIEL AMARAL DA SILVA ( VITIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL AMARAL DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO

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

**DANIEL AMARAL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS** Data de Nascimento: **20/8/1997** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **102007841/SDS/PE (RG), 71163001473 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOY**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE FRAGOSO (BAIRRO), 16, RUA 70 BLOCO 16 APTO 04 RESIDENCIAL LUIZ BONAPARTE II - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NEUZA LOURENCO GONDIM** Pai: **EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO** Data de Nascimento: **31/8/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6379026/SDS/PE (RG), 06402926400 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**  
Endereço Residencial: **RUA PALMEIRINHA, 400 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL AMARAL DA SILVA**





27/07/2020

Boletim de Ocorrência

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 TENERE** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFC9381** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

**CARRO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/DUSTER** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ORG0819** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA A MOTO QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO E O AUTOMOVEL RENAULT DUSTER CONDUZIDO POR EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO MUDOU DE FAIXA DE TRANSITO SEM SINALIZAR PROVOCANDO A COLISAO CONTRA A MOTO FAZENDO O NOTICIANTE PERDER O EQUILIBRIO E CAIR NA PISTA DE ROMAMENTO . O NOTICIANTE DECLAROU QUE UMA EQUIPE DO SAMU O REMOUEU PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

*Daniel Amaral da Silva*

**DANIEL AMARAL DA SILVA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**  
(Liberado em **27/07/2020** às **08:50**)





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

71163001473

4 - Nome completo da vítima:

DANIEL AMARAL DA SILVA

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

5 - Nome completo:

DANIEL AMARAL DA SILVA

6 - CPF:

71163001473

7 - Profissão:

MOTOBOY

8 - Endereço:

RUA 70, RES. LUIZ BONAPARTE II

9 - Número:

16

10 - Complemento:

BLOCO 16

11 - Bairro:

FRAGOSO

12 - Cidade:

PAULISTA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53402723

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

985102808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8310

CONTA: 38495

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vencendo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PAULISTA 22 SETEMBRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019






## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 01.07.2020.  
EM: 14.07.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **DANIEL AMARAL DA SILVA, RG Nº 10.207.841 SDS - PE, CPF Nº 711.630.014-73**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 828873** do dia **17 de junho de 2020**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 10hs e 42min, vítima de colisão envolvendo automóvel x motocicleta, na Rodovia PE - 022, S/N, Maranguape I - Paulista, nas proximidades da base do SAMU, sendo em seguida removido para a UPA de Olinda.

  
**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista

*mp 039608*



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                      AGÊNCIA: 0477                      CONTA: 000000078857-4

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: DANIEL AMARAL DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08310

CONTA: 000000038495-6

---

---

Autenticação:

D9D13B678B17EA5B00EC57FFFFBB9E046405BEFF89FD1294D051F7816AF17AA1





Data de Postagem: 10/07/2020



CTC RECIFE PE PL2



MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA  
AV DR CLAUDIO J GUEIROS LEITE 3214  
AP 102 JANGA  
53437-000 PAULISTA PE



7210071660338160000000440430100720



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338777

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do acidente: 17/06/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de 5º metatarso esquerdo exposta

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 10º, inversão aos 15º, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva anormal, articulação metatarsalangeana aos 5º. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico com fio K, evoluindo com consolidação viciosa, rotação externa. Não fez fisioterapia

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/10/2020

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





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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/6/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	17/6/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	DANIEL AMARAL DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Paciente vítima de acidente de trânsito, ocorrendo fratura exposta de J:		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Osteotomia e fixação. Paciente submetido a cirurgia e estereotaxia C1/fix de KIRSCHNER		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Paciente submetido a Fisioterapia		
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente C1 fratura exposta (GRAU II) de
2º	2º - Osteotomia e fixação. Paciente submetido a
3º	C1 de CRÂNIO CA + elipse + defeito de
4º	fixação + atropia. Paciente C1 claudicação
5º	Paciente C1 déficit de força + sequelas de

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 3/9/2020 a 7/59

3/9/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: Cesar Lical  
CRM - 12336

LOCAL: 3/9/2020 DATA: 3/9/2020 ASSINATURA E CARIMBO: 9





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
DANIEL AMARAL DA SILVA	137235			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
203347804090018	20/08/1997	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA	8198471236			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
RODOVIA BR-101 NORTE DE 0000051001 A 0000056001, - PARATIBE	261070	PE	53413000	
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
PAULISTA	261070	PE	53413000	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
fx exposta de 5° MTD			
21 - Condições que justificam a internação			
As acima			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
Rax			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
fx exposta de 5° MTD	S903	V299	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
	04.08.05.		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		(X) CNS ( ) CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Vinte e Cinco) do Profissional Solicitante/Assistente	
PLANTONISTA ORTOPEDIA	18/06/2020	Hudson Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 15.720	12346

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetado	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série	
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR	
45 - Vínculo com a Previdência	( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado	( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador	
	Adriano Telino Traumatologia / Ortopedia CRM-PE 11.7071 TEOT: 15668	

AIH  
262010249744-1





# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/06/2020 00:08

Nome Paciente:	DANIEL AMARAL DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	20/08/1997
Sexo:	Masculino
Idade:	22 anos
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 18/06/2020 00:23 - 18/06/2020 00:31

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5957719. VÍTIMA DE ACIDENE DE MOTO. APRESENTA DOR E FERIMENTO EXPOSTA DE 5º MTTE

Observação: NEGA HAS E DM  
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- GLICOSE: 101.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 125.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 68.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO  
RECEBIDO  
RECEBIDO

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/06/2020 00:31





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 529038

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 18/06/2020 00:37

Paciente: 137235 DANIEL AMARAL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/08/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA

Nome do Pai: MARCELO AMARAL DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RODOVIA BR-101 NORTE DE I -

Bairro: PARATIBE

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de Moto após f.  
com fratura exposta de 5º MTD

Exame Físico

fx exposta de 5º MTD

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

1. Interno - Ao bloco

Hudson Oliveira Rocha  
Ortop. Traumatologia  
CRM 26.720

+ Dr. Crystian

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



**Protocolo de Encaminhamento**

<b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b>		<b>SENHA</b> <u>5957719</u>
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Nome do Paciente: <u>Daniel Amaral da Silva</u>		Idade: <u>22a</u>
Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F ( ) Profissão: _____		Fone: _____
Endereço Residencial: _____		Bairro: _____
Cidade: <u>Olinda</u>		
<b>CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)</b>		
Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( ) Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( ) Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( ) Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( ) Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( ) Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( ) Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( ) Queda: ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: _____ Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento		
<b>CAUSAS CLÍNICAS</b>		
História Clínica Atual: <u>Por vítima de acidente de moto, hoje apresentando</u> <u>dor e ferimento em pé (E). Não perda de consciência e</u> <u>vômitos.</u> Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura Exposta de 5º MTE.</u>		
<b>AValiação Clínica</b>		
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( ) Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( ) Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( ) Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( ) Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( ) Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( ) Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	



Aviso de Cirurgia : 65228  
Paciente : 137235  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 508  
Dt. Início : 18/06/2020 02:00

Sala : 0002 SALA 02

DANIEL AMARAL DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERMELHO - EXTRA 018  
Dt. Fim : 18/06/2020 03:30

Atendimento : 529039  
Carteira :  
Idade : 22 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050713

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA  
(PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

URGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA QUINTO METATARSO ESQUERDO  
CIRURGIA: LC + DC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIO K  
CIRURGIÃO: DR HYGINO  
1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA  
ANESTESISTA: DRA MAIENA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISAO DORSAL A NIVEL DO QUINTO META E
5. REDUÇÃO DA FRATURA
6. LIMPEZA COM SF 0,9%: 5.000ML
7. FIXAÇÃO COM 01 FIO DE K 2-0
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. SUTURA COM NYLON 2.0
9. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

30 06 2020

Hudysson Oliveira Rocha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 26.720

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO  
CRM : 14859





**LEITO:**

André Chaves de Miranda  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 29416



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: DANIEL AMARAL DA SILVA

DATA NASC.:

20/08/1997

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:137235

IDADE:[Geren] SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:18/06/2020

DATA DA ALTA: 18/6/20

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 18/06 – LC + DC + RFFI COM FIOS K

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- FAZER USO DE CEFALEXINA POR 14 DIAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA ZERO EM MEMBRO OPERADO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### **EXAME FÍSICO:**

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

FERIDA OPERATÓRIA: TALA AXILO-PALMAR DE BOM ASPECTO COM CURATIVO ESTÉRIL LIMPO

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

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( x ) NÃO( )

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

André Chaves de Miranda  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PE: 20440

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1482727575

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1482727575

NOME  
**MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**2883138 SSP PE**

CPF  
**488.217.804-49**

DATA NASCIMENTO  
**26/10/1966**

FILIAÇÃO  
**MAURINALDO PEREIRA DA SILVA**  
**MARIA JOSE ARAUJO DA S**  
**ILVA**

PERMISSÃO  
**AB**

Nº REGISTRO  
**03956117363**

VALIDADE  
**19/07/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**08/10/1986**

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**OLINDA, PE**

DATA EMISSÃO  
**19/07/2017**

CH  
Chárlies Andress Souza Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

58571334914  
PE080271553

PERNAMBUCO







VALIDADE		18/07/2021	
1ª HABILITAÇÃO		30/01/2018	
PERMISSÃO	ACC	CAT. HAB.	AB
MARCELO AMARAL DA SILVA			
A			
VIRGINIA BEZERRA DE FA			
RIAS SILVA			
FILIAÇÃO			
CPF	711.630.014-73	DATA NASCIMENTO	20/08/1997
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF			
10207841 SDS PE			
SILVA			







SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 03/07/2020  
pag.: 1

Relatório de Veículo

PLACA : PFC9381 UF : PE RENAVAL : 412397978 CHASSI : 9C6KG0450C0014058

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA  
ESPECIE : PAS  
ANO FAB./MODELO : 2011/2012

MARCA/MODELO : YAMAHA/XTZ250 TENERE  
COR : AZUL  
COMBUSTÍVEL : GASOLINA

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :  
PROPRIETÁRIO : M T DE ALBUQUERQUE EIRELI ME

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : AVENIDA ANTONIO CABRAL DE SOUZA  
COMPLEMENTO :  
BAIRRO : NOBRE  
MUNICÍPIO : PAULISTA  
CEP : 53401680  
UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM  
LICENCIAMENTO : SIM  
MULTAS : NÃO  
VALOR : 509,76  
VALOR : 103,51

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO :





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267247/20

Número do Sinistro: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do acidente: 17/06/2020

CPF: 711.630.014-73

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL AMARAL DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentos de identificação

### 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: 28/09/2020  
Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 488.217.804-49

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

