



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
<b>DANIEL AMARAL DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)</b> <b>Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)</b>
<b>TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)</b>	
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
73483 335	13/01/2021 09:36	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>



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

Pag. 01211/01212 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010606

Carta nº 16143614



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 2



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**

Pag. 01279/01280 - carta\_15R - INVALIDEZ



**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, retorno 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 3

**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 cirúrgico 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 atrofias, 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.** Nexo 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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. (DDO): 985102806		

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:		
<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>ITAV</u> AGÊNCIA: <u>8310</u> CONTA: <u>38495</u> <u>6</u> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascitum (menor de 18 anos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estandoiente, 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina à pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina à pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAULISTA 21 SETEMBRO 2020  
Daniel Amaral da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0114003618**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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 ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL AMARAL DA SILVA  
VEÍCULO: (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: **MOTOBOM**  
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** Pat: **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: **NÃO INFORMADO**

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

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

**MOTO (VEÍCULO)** 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 REMOVEU 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:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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. (DDO): 985102806		

### 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:		
<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>ITAV</u> AGÊNCIA: <u>8310</u> CONTA: <u>38495</u> <u>6</u> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>
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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 discordo do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascitum (menor de 18 anos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estandoiente, 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)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina à pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina à pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAULISTA 21 SETEMBRO 2020  
Daniel Amaral da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N° 01.07.2020.  
EM: 14.07.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **DANIEL AMARAL DA SILVA, RG N° 10.207.841 SDS - PE, CPF N° 711.630.014-73**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência N° 5 - 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*  
Carlos Augusto Sampaio  
Coordenador  
SAMU-Paulista  
*MPT 03/1608*



# ITAU - 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 11



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 12

## 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 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 atrofias, 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.

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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, escorrendo fratura exposta de T12-L1, fratura ló diafragma. Paciente S/ de imobilizante cirúrgico e estabilizante C/ fixo da Kirschner			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):  Oscilatossos ló diafragma. Paciente S/ de imobilizante cirúrgico e estabilizante C/ fixo da Kirschner			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Paciente submetido a Fim troponina
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 C/ fratura exposta L6/7 e L7/S1
2º	Oscilatossos ló diafragma. Paciente operado
3º	C/ diafragma flescante e deficit de
4º	fractura + artroplastia. Paciente C/ chandyloropla
5º	Paciente C/ deficit de força + S/ articulação

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PÉRIODO DE 31/7/2020 e que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

Rego 31/7/2020

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

CRM - 12336





## 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

*A T 529039*

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário				
DANIEL AMARAL DA SILVA	137235				
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia	
20334780409008	20/08/1997	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato				8198471236
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA					14 - Telefone de Contato
13 - Nome Responsável					
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA					
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)					
RODOVIA BR-101 NORTE DE 0000051001 A 0000056001, - PARATIBA					
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53413000		

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*fx exposta de 5º MTTD*

21 - Condições que justificam a internação  
*As acima*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
*Raios X*

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
*fx exposta de 5º MTTD*

24 - CID 10 Principal: **S92.3**      25 - CID 10 Secundário: **S903**      26 - CID 10 Causas Asociadas: **V293**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
*PLANTONISTA ORTOPEDIA*

28 - Código do Procedimento: **04.08.05.**

29 - Especialidade  
30 - Caráter de Atendimento  
31 - Documento  
(X) CNS ( ) CPF

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
*Hudson Oliveira Ribeiro*

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente  
34 - Data da Solicitação: **18/06/2020**  
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho):  
*Hudson Oliveira Ribeiro*  
Ortopedia e Traumatologia 12346  
CRM PE 25.720

36 - ( ) Acidente de Trânsito  
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico  
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora  
40 - N° Bilhete  
41 - Série

42 - CNPJ / Empresa  
43 - CNAE / Empresa  
44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência  
( ) Empregado      ( ) Empregador      ( ) Autônomo      ( ) Desempregado      ( ) Aposentado      ( ) Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizado  
47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

48 - Documento  
(X) CNS ( ) CPF

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado  
*Adalberto Telino*

50 - Data da Autorização  
51 - Assinatura e Carimbo  
*Adalberto Telino*  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM PE 25.720 / TEOT: 15668

**AIH**  
**262010249744-1**



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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 OXIGÉNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RE RE - JO  
VEREPIAMA - MA

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

Data impressão: 18/06/2020 00:31



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 16

Atendimento: 529038  
Data e Hora: 18/06/2020 00:37

Senha da Classificação:

0002

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 + Rx Moco

Hudson Oliveira Rocha  
Ortopedista

+ Dr. Christian

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

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

Transferido: Para \_\_\_\_\_

Encaminhado ao setor de internação



### Protocolo de Encaminhamento

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5957719

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Daniel Amaral da Silva Idade: 22  
 Sexo: M / F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Olinda

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Pt vítima de acidente de moto, hoy. Apresentando dolor e ferimento em pé ( ). Nao perda de consciencia e vomitos.  
 Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta do 5º MTE.

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gernido/Estridor: S( ) N( )  
 Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) 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 Dt. Fim : 18/06/2020 03:30

Sala : 0002 SALA 02

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
10. CURATIVO;

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

30/06/2020

Hudson Henrique Rocha  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 26.720

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

**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: DANIEL AMARAL DA SILVA

DATA DE NASC.: 20/08/1997

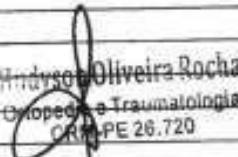
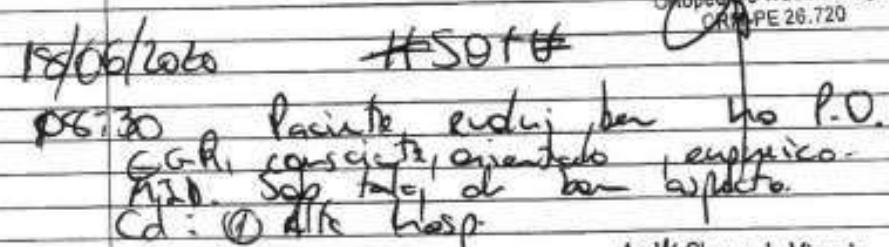
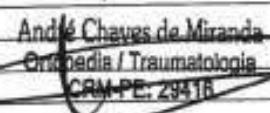
NOME SOCIAL:

REGISTRO: 137235

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
18/06/2020	
00:22	ADMISSÃO
QPD/HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO VEM ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA COM COM FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO	
ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA	
MEDICAÇÕES DE USO: NEGA	
EXAME FÍSICO: REG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, GLASGOW 15 FX EXPOSTA, EDEMA 2+/4+	
EXAMES DE IMAGEM: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO	
CONDUTA: INTERNO + SOLICITO PRÉ OP + AO BLOCO	
 André Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26.720	
 18/06/2020 #SOT# 06:30 Paciente evolução boa no P.O. CGR consciente orientado eufônico. A.D. Sop. ral. d. boa evolução. Cd: ① Hsp	
 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 PURULENTA, 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 DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM(  ) NÃO(  )

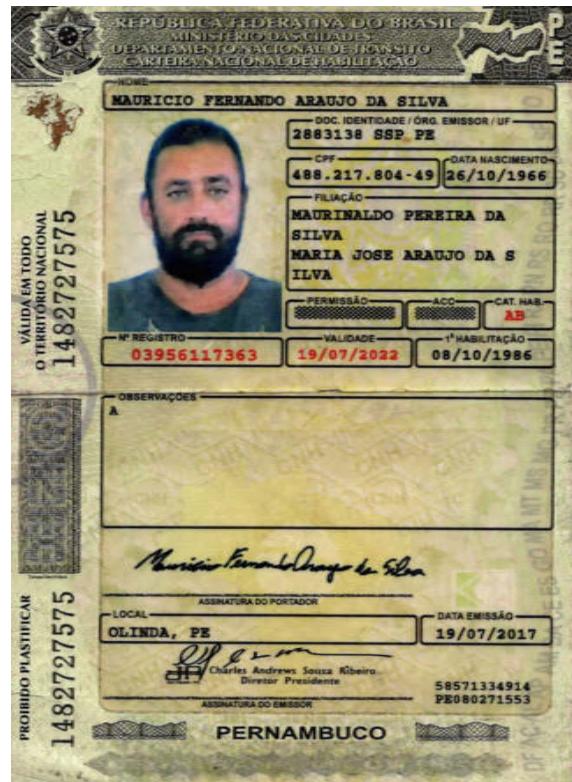
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

André Chaves de Miranda  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 20440

### ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, 5/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 22

1º HABILITACAO	30/01/2018	18/07/2021
PERMISSAO	ACC	AB
CAT. HAB.		
MARCENO AMARAL DA SILVA		
VIRGINIA BEZERRA DE FA		
A		
FILIACAO	711.630.014-73	20/08/1997
DATA NASCIMENTO	CPF	10207841 SDS PE
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF		
SILVA		



ONAI DE TRANSAIS  
MÍNISTÉRIO DA SAÚDE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
 Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 24



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE PÓLICIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS**

Data : 03/07/2020  
pag.:1

**Relatório de Veículo**

**PLACA : PFC9381    UF : PE    RENAVAM : 412397978    CHASSI : 9C6KG0450C0014058**

**Características Básicas :**

TIPO : MOTOCICLETA	MARCA/MODELO : YAMAHA/XTZ250 TENERE
ESPECIE : PAS	COR : AZUL
ANO FAB./MODELO : 2011/2012	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	VALOR : 509,76
LICENCIAMENTO : SIM	VALOR : 103,51
MULTAS : NÃO	

**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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

---

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/01/2021 09:36:57  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011309365732400000072029613>  
Número do documento: 21011309365732400000072029613

Num. 73483335 - Pág. 26