



Número: **0010331-90.2021.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **26/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (AUTOR)	KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
95754 880	22/12/2021 14:54	<u>2850299_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000040556-0

Nr. da Autenticação 22E11C29F95CF7F4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200387033 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 19/06/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
ALBUQUERQUE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P7 P14 P15 P16)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	Data e Hora da Chegada	19/06/2020 às 19:07
Paciente:	44509-1 EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE	Nascimento:	21/07/1998
Sexo:	Masculino	Idade:	21 ano(s), 11 mês(es) e 29 dia(s)
Município:	TORITAMA	UF:	PE
Logradouro:	PALMARES, 20	Localidade:	DEUS É FIEL
Profissão:		Telefone:	(81) 88652976 / ()
CNS Pac.:		Celular:	()
Nome Mãe:	FABIANA NASCENA DE OLIVEIRA		
Ass. Paciente ou Resp.:			
Nome Responsável. Quando menor:			Polegar
Grau Parentesco:		Nº Registro:	122730-1

DADOS DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
19/06/2020	19:10	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 100; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 106; 160 / 100; Observação: Pct vítima de acidente de moto refere dor em MIE e apresenta corte no queixo.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO

Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional
CID	RS20	DOR AGUDA	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15. EUPNEICO
SINAIS VITALS ESTAVEIS

NEGA TCE, NEGA VOMITOS

SOLICITO RAIO X SERIE TRAUMA

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	Profissional	Data
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA		
0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020
0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Concentração	Posegolia

EXAMES

Código	Exame	Observação

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
19/06/2020	19:47	CEFTIAXONA SÓDICA 1.000MG INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), 2 G IV + AD.	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:21	SÓRIO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML, 2 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:20	CETOPROFENO 50MG/2ML IV, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:19	DIPRIVONA SÓDICA 10/2 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE

Profissional Responsável

Segunda-feira 20 de Julho de 2020 03:36 PM

Página 1 de 1





FICHA DE
ENCAMINHAMENTO



2º VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: Evertan de Oliveira Ferreira REGISTRO Nº: _____

HORA DE SAÍDA _____ HORA DE CHEGADA: Albuquerque PLACA: _____

IDADE: 21 anos RESIDENTE: Toritama

NOME DO CONDUTOR: _____

NOME DO TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

PARA O HOSPITAL: Hospital Regional do Agreste SENHA: 5959 211
Traumato - Ortopedia

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADO DE:

Paciente vítima de acidente de moto, às 19h 00
aproximadamente. Nega TCE. Nega desmaio ou vômitos.

AO Exame: Consciente, Orientado, Glasgow 15, Eupnico
AR: MV+ em AHT, m RA. FR: 26 ipm SP02: 98%. AA
ACV: RCR em 2T, BNF, S1Sopros. FC: 100 bpm
PA: 160 x 100

MIE: Fratura Fechada em Tíbia Esquerda

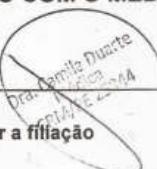
Salvado Avaliação da Traumato - Ortopedia

DE ACORDO COM O MÉDICO

TORITAMA

DATA 19/06/2020

ASSINATURA DO MÉDICO: _____



OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741-1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP90ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0180002517

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2020** às **16:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **19/6/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR-104, TORITAMA-PE, EM FRENTE AO PARQUE DAS FEIRAS - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEÍCULO (AUTOR/AGENTE)
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

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

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **FABIANA MASCENA DE OLIVEIRA** Pai: **HILDO FERREIRA DE ALBUQUERQUE** Data de Nascimento: **21/7/1998**
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SÍTIO JAGES II, ZONA RURAL, CARUARU-PE - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

VEÍCULO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KMA5393** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **713368780** Chassi: **9C2JC2500XR110669**
Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999**
Descrição: **A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A REGINALDO JOSÉ DA SILVA**

Complemento / Observação

ALEGA À VÍTIMA, O QUAL NO MOMENTO DO ACIDENTE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA, NA BR-104,



NO MUNICÍPIO DE TORITA-PE, QUE COLIDIU COM UM VEÍCULO, E FOI ARREMESSADO A MAIS OU MENOS 05 METROS. ELE VÍTIMA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, NA CIDADE DE CARUARU-PE, COM FRATURA DE TIBIA, DA PERNAS ESQUERDA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO NÚMERO (359856). AINDA INFORMA À VÍTIMA, QUE TAL REGISTRO PRENDE-SE AO FATO DELE VÍTIMA, ACIONAR O SEGURO DPVAT. E QUE AS DECLARAÇÕES ORA PRESTADAS NESTE BO., E A EXPRESSÃO DA VERDADE, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS MESMA. DIANTE DO EXPÓSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE
(VITIMA) *Ewerton de O.F. Albuquerque*

B.O. registrado por: **CARLOS ALBERTO DA SILVA MELO** - Matrícula: 3809382

Carlos Alberto da Silva Melo
Comissário Especial da Polícia
Matr. 3809382



Toritama, 20 de Julho de 2020.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **EWERTON DE
OLIVEIRA FARREIRA ALBUQUERQUE** deu entrada nesta unidade no dia
19/06/2020 sob o registro 44509-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,
Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador da Unidade de Saúde
Mateus Emanoel Tavares
Coordenador da Unidade de Saúde

Av. João Manoel da Silva * Centro – Toritama - Pernambuco * Telefone: 3741- 1192* E-mail – admhospitalitoritama@gmail.com



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 7



Unidade:	2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	Data e Hora da Chegada	19/06/2020 às 19:07
Paciente:	44509-1 EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE	Nascimento:	21/07/1998
Sexo:	Masculino	Idade:	21 ano(s), 11 mês(es) e 29 dia(s)
Município:	TORITAMA	UF:	PE
Logradouro:	PALMARES, 20	Localidade:	DEUS É FIEL
Profissão:		Telefone:	(81) 88652976 / ()
CNS Pac.:		Celular:	()
Nome Mãe:	FABIANA NASCENA DE OLIVEIRA		
Ass. Paciente ou Resp.:			
Nome Responsável. Quando menor:			Polegar
Grau Parentesco:		Nº Registro:	122730-1

DADOS DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
19/06/2020	19:10	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 100; Saturação de O2 (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 106; 160 / 100; Observação: Pct vítima de acidente de moto refere dor em MIE e apresenta corte no queixo.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO

Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID / CIAP 2	Código	Hipótese	Profissional
CID	RS20	DOR AGUDA	257-1-CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. CONSCIENTE, ORIENTADO, GLASGOW 15. EUPNEICO
SINAIS VITALS ESTAVEIS

NEGA TCE, NEGA VOMITOS

SOLICITO RAIOS X SERIE TRAUMA

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	Profissional	Data
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA		
0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020
0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	21-1 - IREMAR FERREIRA DE SOUZA	19/06/2020

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Concentração	Poseologia

EXAMES

Código	Exame	Observação

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
19/06/2020	19:47	CEFTIAXONA SÓDICA 1.000MG INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo), 2 G IV + AD.	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:21	SÓRIO FISIOLOGICO 0,9% 500 ML, 2 FRASCOS, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:20	CETOPROFENO 50MG/2ML IV, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE
19/06/2020	19:19	DIPRIVONA SÓDICA 10/2 ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)	CAMILA MUNIZ FALCÃO BATISTA DUARTE

Profissional Responsável

Segunda-feira 20 de Julho de 2020 03:36 PM

Página 1 de 1



2º VIA – AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE: Evertan de Oliveira Ferreira REGISTRO Nº: _____

HORA DE SAÍDA _____ HORA DE CHEGADA: Albuquerque PLACA: _____

IDADE: 21 anos RESIDENTE: Toritama

NOME DO CONDUTOR: _____

NOME DO TÉC. DE ENFERMAGEM: _____

PARA O HOSPITAL: Hospital Regional do Agreste SENHA: 5959 211
Traumatologico - Ortopedia

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADO DE:

Paciente vítima de acidente de moto, às 19h 00
aproximadamente. Negativo TCE. Negativo desmaio ou vômitos.

Exame: Consciente, Orientado, Glasgow 15, Eupnico
AR: MV+ em AHT, m RA. FR: 26 ipm SP02: 98%. AA
ACV: RCR em 2T, BNF, S1Sopros. FC: 100 bpm
PA: 160 x 100

MIE: Fratura Fechada em Tíbia Esquerda

Solicito Avaliação da Traumatologico - Ortopedia

DE ACORDO COM O MÉDICO

TORITAMA

DATA 19/06/2020

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama - Pernambuco • Telefone: 3741-1192• E-mail – admhospitaltoritama@gmail.com





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Nome: _____ Endereço: _____ Tel.: _____

Date: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

Transferência: Internamento _____

() _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: / / **Hora:** **Médico:** **CRM:**

19/06/2020 21:16:42

2 de 2

Usuário do Atendimento

SERGIOHS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Núm. 95754880 - Pág. 11

Data e hora retirada da senha: 19/06/2020 20:58

Nome Paciente:	EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	21/07/1998
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Senha:	U0024
Convênio:	
Atendimento:	SAME:

Período: 19/06/2020 21:02 - 19/06/2020 21:02

SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO-CARRO, DE CAPACETE, APRESENTANDO LESAO COM SANGRAMENTO EM-MIE. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO EM A/A. NEGA OUTRAS QUEIXAS.; SENHA: 5959211.**

Fluxograma sintoma: **PROBLEMAS NOS MEMBROS**

Discriminador(es): **- FRATURA EXPOSTA?**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Acolhido(a) por: **SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 19/06/2020 21:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 12

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA N° Registro:

Clínica: ORTOPEDIA N° do leito:

Operador: DR. FELIPE CARVALHO

1º Assistente: DR. RAPHAEL UCHOA R1 2º Assistente:

Instrumentador: JUCY Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA Duração:

Data da Operação: 20/06/2020 Início: Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO FERIMENTO DE APROXIMADAMENTE 3 CM EM Perna ESQUERDA COM CONTIGUIDADE COM FOCO FRATURÁRIO
4. REALIZADO AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
5. REALIZADO ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR EM FORMATO LINEAR EM Perna ESQUERDA
7. NOVA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
8. SUTURA
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO DISTAL AO TERMINO DO PROCEDIMENTO
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Felipe Díaz V. P. de Carvalho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BR: 10342
20 JUN. 2020



**COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE**

№ 29062

FICHA DE ANESTESIA

VALOR

50x2 25001 a 50000- March/2020



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 14



Ortomédica
COMERCIO ORTOPEDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
J. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
es: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

Ref: 359856

May 399.8 58

1996-1997

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RC-06)

(RQ-06)

№ 065145

2º Vía Cliente

Hospital HRA

Copyr. 1905. SuS

SUS

caruare

Nome do Paciente: Everton de Oliveira Ferreira

19.06.20

Médico: Dr. Felipe Carvalho

Membro Operado: terna E

—

四

PARAFUSOS CORTICais	Nº			
	QUANT.	Lote: 042305 CÓDIGO: FDS 8 208 SISTEMA DE FIXACAO OSSEIA SARTORI - LINEFIX TIBIA/ FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.: 05/03/2020 Val.: 03/2025 Registro Anvisa Nº 80083650094 Material ACO INOX/ALUMINIO		
	LOTE			
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº			
	QUANT.	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP		
	LOTE			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	Lote: 044705 CÓDIGO: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X CX 4,5 X 200 X T		
	QUANT.			
	LOTE	Fab.: 18/03/2020 Val.: 03/2025 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F38		
PARAFUSOS CANULADOS	Nº			
	QUANT.	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP		
	LOTE			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR

10000

26 - Page 1 of 2

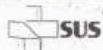


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO, JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR 22/12/2021 14:54:58
https://pie.tipe.ius.br:443/1c/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?x=21122211451579560000093695158

Número do documento: 21122314545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 15



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

4 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 9 8 5 6

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/07/52

9 - SEXO

Masculino

10 - RACIAÇÃO

3

11 - NOME DA MÃE

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EVOLUINDO COM FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA
ESQUERDA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO CIR DE FRATURA DE EXPOSTA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ORTOPEDIA

ELETIVA

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR FELIPE CARVALHO CRM-PE 25263

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Felipe Carvalho CRM-PE 25263

Médico

CRM-PE 25263

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

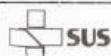
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		2 - CNES 2 4 2 7 4 1 9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE Evertor de O. Ferreira		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RACA/COIR	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
18 - UF		19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Acidente de moto. Perdeu a consciência e foi socorrido a hospital			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO.			
História + clínica + Rx			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Erot. epp. perna +		24 - CID 10 PRINCIPAL 5822	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Bloro Cervico		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 00108050500	
29 - CLÍNICA ort		30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO Ortopedia e Traumatologia	
31 - DOCUMENTO () CNS		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSENTANTE 28099605420	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSENTANTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO (ASSINATURA E CARMIBO (Nº DO DOCUMENTO DO CONSELHO)) 19/6/2021	
PREENCHEREM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VÍNCULOS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		43 - CNAE DA EMPRESA	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO		46 - N.º DE DOCUMENTO () EMPREGADOR	
() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO	
() DESEMPREGADO		() APOSENTADO	
() NÃO SEGURO		41 - SÉRIE	
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Dr. Waldemiro Soares da Silveira		47 - CÓDIGO EMISSOR 24-40-004	
48 - DOCUMENTO () CNS		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR CRM 7169	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11/2021		51 - ASSINATURA E CARMIBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 262010391754-1	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Waldemiro Soares da Silva

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

259856

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898003683127277210978

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/78

9 - SEXO

1 Fem. 3

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Faltrona m. de Oliveira

12 - FONE DE CONTATO

DDD N° DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Waldemiro Soares da Silva

14 - FONE DE CONTATO

DDD N° DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)

Rua Palmares, 45 B. José Fiel

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Totó

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Fret - exp. perna E
fix. ext.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx + clínica + R. RT

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

0108060360 - 2d - 1847

fract. exp frang 2084

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fract. exp frang 2084

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

147 - Fract. exp frang 2084

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

07 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO 32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Nilson Pereira da Silva CRM: 10680

Nilson Pereira da Silva CRM: 10680

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO REGISTRO

41 - SÉRIE

CRM: 10680

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

CRM: 10680

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PT - 40 - 004

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Waldemiro Soares da Silva CRM 7169

262010402888-3



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: *Ewerton Buremo ferens* Nº do Registro: *359 856*Clínica: *01 + Nilton Pereira de Barros* Nº da Leito:Operador: *1 Nilton Pereira de Barros* CRM: 10660

1º Assistente:

Instrumentador: *—*

Anestesia:

Data da Operação: *21/12/2020* Início: *—* Término: *—*

Diagnóstico Pré-Operatório:

fract. exp. ferens ↗

Diagnóstico Pós-Operatório:

0 ferens

Operação Proposta:

ret. fix. est

Operação Realizada:

A proposta

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Aspirar e antigo
- ② Det. fix. ret
- ③ PTB

Nilton Pereira de Barros
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10660





ORTOP

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU

LAUDO MÉDICO DPVAT

EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

CPF: 144.332.864-27

DECLARO QUE PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA (19/06/2020) SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA, EM TÍBIA ESQUERDA EM 20/06/2020

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

CID:10 S82

CARUARU 17 DE DEZEMBRO DE 2020

DR. GUSTAVO LIBÓRIO

ORTOPEDIA (SBOT) – CIRURGIA DO TRAUMA (SBTO)

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

CRM 15582 – TEOT 13985

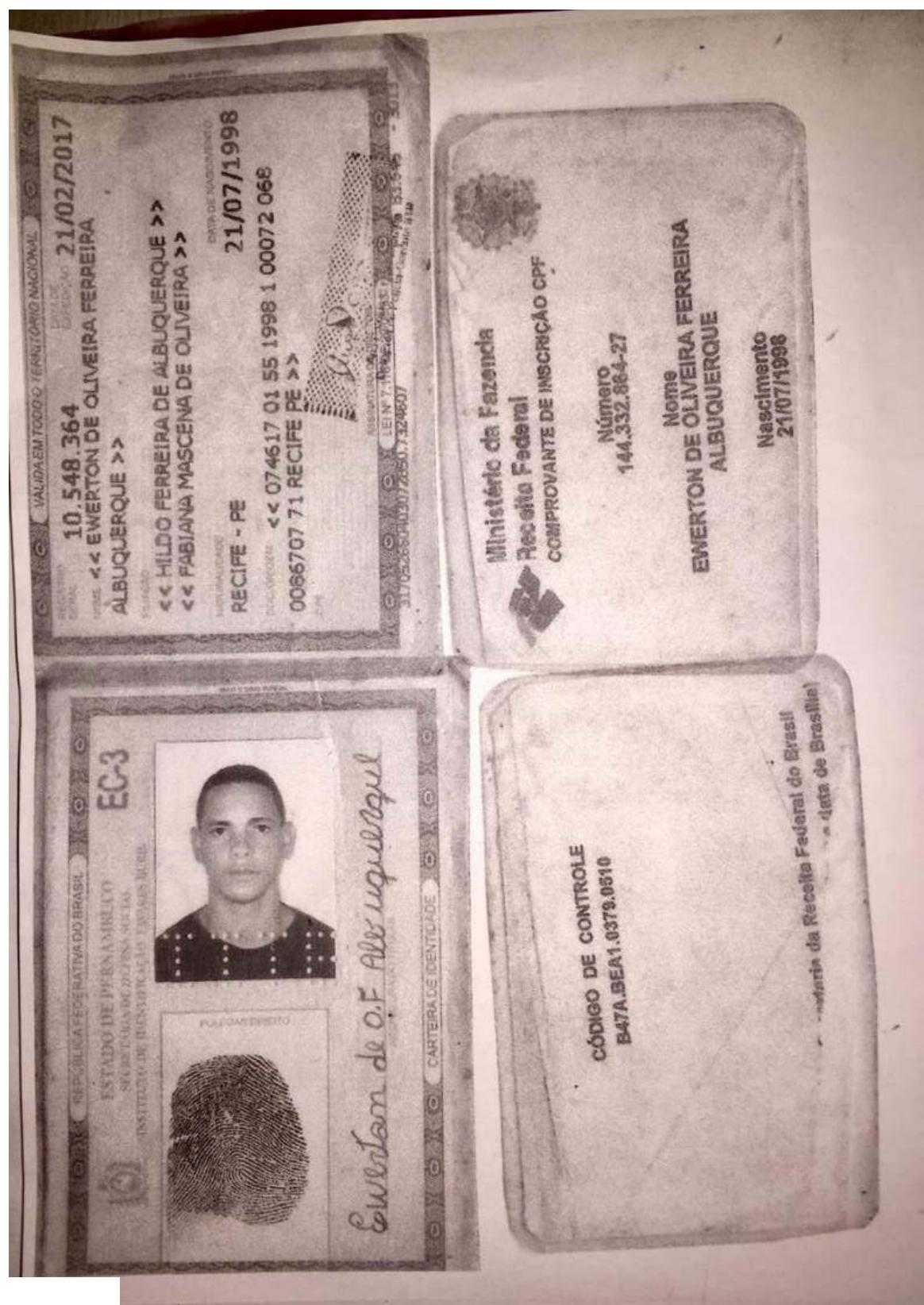
TITULAR SBOT/SBTO/ASAMI
Dr. Gustavo Libório
TRAUMA - ALONGAMENTO
RECONSTRUÇÃO E INFECÇÃO ÓSSEA
CRM 15582 - TEOT 13985

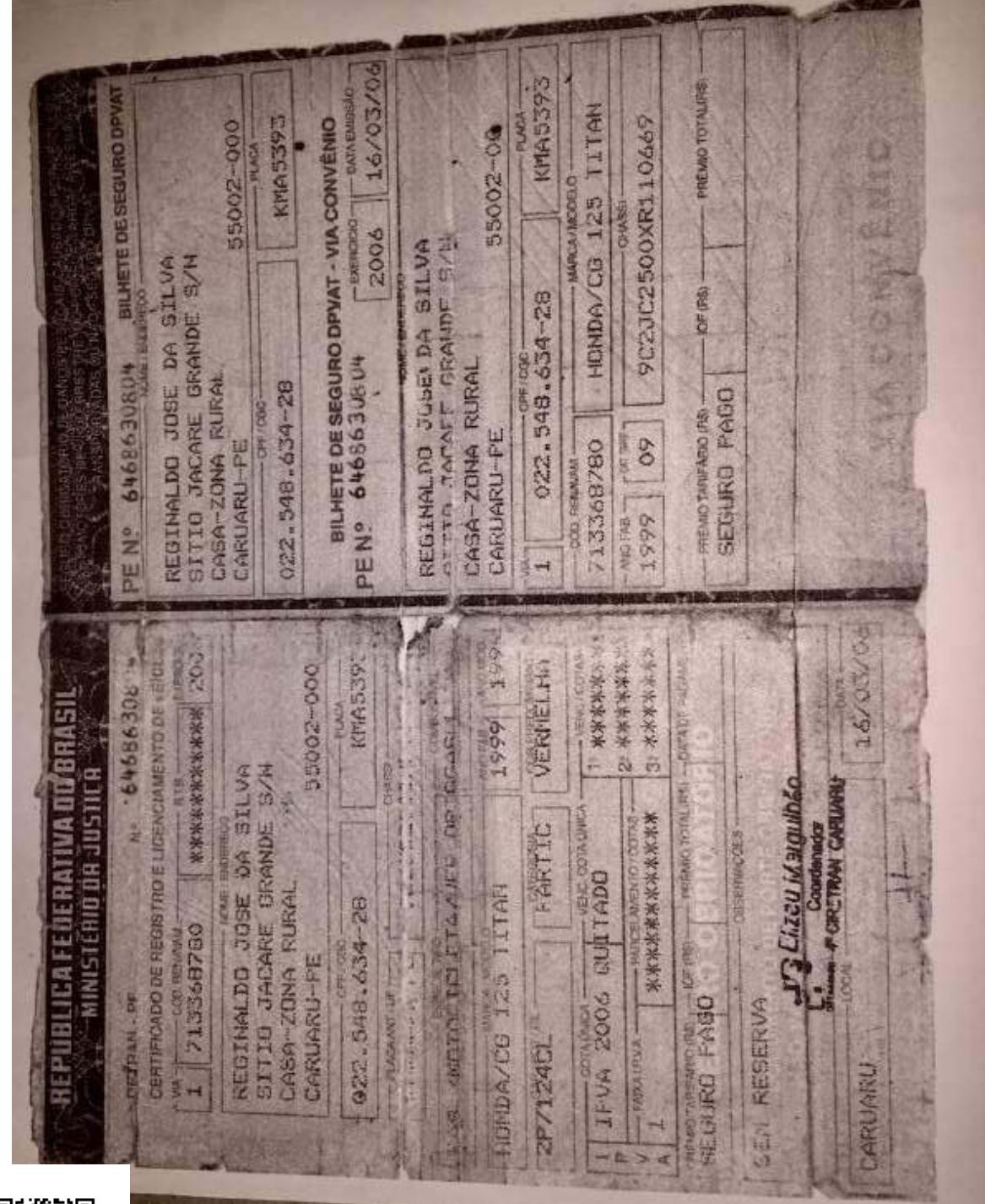




Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 22





PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Ewerton de Oliveira Fernandes Albuquerque
brasileiro (a), estado civil: sóteiro, profissão: Reaire
RG nº 10.548.364, CPF/MF nº 144 332 864-27, com
endereço residencial na Sítio Jazzer, 53
Jazzer
Bonfim - PC

OUTORGADO:

Nome: Roxilene Albuquerque da Silva
brasileiro (a), estado civil: sóteira, RG nº 9000 356
CPF/MF nº 029 170 884-60, com endereço residencial na
Rua Lívio de Pilar, 332
São Francisco
Bonfim - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza Invalidez da Vítima Ewerton de Oliveira Fernandes Albuquerque CPF 144 332 864-27 e cujo Sinistro ocorrido no dia _____

Bonfim, 27 de outubro de 2020.

Ewerton de O.F Albuquerque
Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307137/20

Número do Sinistro: 3200387033

Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

CPF: 144.332.864-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2020

Titular do CPF: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/12/2020
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/12/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 26



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

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200387033 **Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: 19/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

00010735
Pag. 01469/01470 - carta_25 - INVALIDEZ

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200387033**

Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 19/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002551

Conta: 0000040556-0

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200387033 **Vítima: EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE**

Data do Acidente: 19/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EWERTON DE OLIVEIRA FERREIRA ALBUQUERQUE

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/01/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag: 01165/01166 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 16456619



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/12/2021 14:54:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122214545795600000093695158>
Número do documento: 21122214545795600000093695158

Num. 95754880 - Pág. 29



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: 144332 864-27 3 - CPF da vítima: 144332 864-27 4 - Nome completo da vítima: Euvalton de Oliveira Ferreira Albuquerque 5 - Nome completo: Euvalton de Oliveira Ferreira Albuquerque 6 - CPF: 144332 864-27 7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: Sítio Lagos II 9 - Número: 53 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Lagos 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55111-800 15 - E-mail: rod.silva.albuquerque@hotmail.com 16 - Tel./Cel.: (81) 99285-3008	
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 checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.501,00 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) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ativar só uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: 2951 CONTA: 21988 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGENCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da lei, que atuo impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, terminei esta via que é instalar uma das opções: <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou residência no direito de contestá-la, caso discordo do seu resultado.	
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"/> Vívo: Sim 24 - Data da morte 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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se Itala filhos, informar: 30 - Vítima deixou neto(a) (netos)? <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: 33 - Vítima deixou pais/avôs/vóis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer crime ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.	
TESTEMUNHAS 34 - Testemunha que assina o rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - [*] Assinatura de quem assina o rogo/a pedido 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 40 - Local e Data: Caruaru, 27-10-2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Euvalton de Oliveira Albuquerque 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Rodrigo Margonida da Silva FPS.001 V002/2019	

NAO ALFABETIZADO