



Número: **0062144-41.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 4.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA (AUTOR)		christienne marie dos santos cavalcanti ferreira (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97655 876	27/01/2022 14:29	<a href="#">ANEXO 2</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, 09 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210114378**

**Vítima: Francisco de Sales Meira sa e silva**

**Data do Acidente: 10/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.218,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%  
Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%  
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: Francisco de Sales Meira sa e silva**

**Valor: R\$ 4.218,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000045**

**Conta: 000987379016-6**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# 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: 03/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.218,75

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

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000987379016-6

---

---

Nr. da Autenticação 98B3B6F404E788B3



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210114378 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** Francisco de Sales Meira sa e silva **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;  
FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE DAS FRATURAS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E DO TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO; E DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 02 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 06 // NÃO FOI APRESENTADO LAUDO DO IML //

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>31,25 %</b>	<b>R\$ 4.218,75</b>



## Autorização de pagamento

### Informações Cadastrais

CPF: 583.046.494-20

Nome: Francisco de Sales Meira sa e silva

Data de Nascimento: 15/12/1965

Renda Mensal: R\$100 a R\$1.000,00

### Dados Bancários

Titular da Conta: Francisco de Sales Meira sa e silva

Tipo de Conta: Conta Poupança

Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Agencia: 0045-

Conta: 00987379016-6

Autorizo a Seguradora Lider a fazer o pagamento para fins de indenização na conta descrita acima.



**VEÍCULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALEXSANDRO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL FIAT UNO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PER2885** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**DECLARA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA REFERIDA VIA, QUANDO O CONDUTOR DO FIAT, ATRAVESSOU O CRUZAMENTO E ACABOU COLIDINDO COM SUA MOTO, VINDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, PELO CORPO DOS BOMBEIROS (Nº 2019APH001280), QUE DEVIDO AO ACIDENTE FICOU INTERNADO PELO PERÍODO DE 49 DIAS, NO MESMO HOSPITAL (HGV), QUE QUEM CONDUZIU A OCORRENCIA FOI A CTTU (Nº 73935), TENDO A CTTU, DISPENSADO A IDA DO INSITUTO DE CRIMINALÍSTICA, SEM MAIS SEQUE O REGISTRO.**

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

**FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **NILSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **221.255-2**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096007268**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **13:12**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **10/2/2019** às **11:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA EMILIANO BRAGA, 1, CRUZAMENTO COM A RUA PROFESSOR ANTONIO COELHO** - Bairro: **IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXSANDRO ( AUTOR \ AGENTE )  
FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXSANDRO

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

**FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLEIDE MARIA MEIRA** Pai: **JOSE FLORENCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/12/1965** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2766746/SDS/PE (RG), 58304649420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 081996106898**

Endereço Residencial: **RUA ESTEVAO GERSON, 71, APTº 102 - CEP: 55000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **FRANCISCO DE SALES MEIRA SÁ E SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR5314 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



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



**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

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

**DADOS DO CLIENTE**  
 CLEIDE MARIA MEIRA E SA

CPF: 480.478.484-53

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA ESTEVÃO DE ARAÚJO, 1928 OND  
 EDIFÍCIO RAMSES I

VARZEAVRECIFE  
 RECIFE PE  
 50740-480

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTA CONTRATO	0660985026	MES ANO	03/2021
DATA DE VENCIMENTO	11/03/2021	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA	05/04/2021
TOTAL A PAGAR (R\$)	164,03		

Nº DE NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
145981207	UNICA	04/03/2021
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/03/2021	2000343898	3266256

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	183,0000000	0,48225148	75,34
Consumo Ativo(kWh)-TE	183,0000000	0,35929051	58,58
Acréscimo Bancêira AMARELA			3,11
Contrib. Ilum. Pública Municipal			25,03
ICMS Subvenção-CDE-NF 134325837-02/12/20			0,93
ICMS Subvenção-CDE-NF 138114050-04/01/21			1,08
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>164,03</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7181130065	CA	02/02/2021	5.060,00	04/03/2021	5.243,00	30	1,00000		183,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Digitalizado com CamScanner





**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME:** FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA

**1. Ocorrência da Emergência:** 684273

**1.1 - Atendimentos em:** 10/02/19

**1.2 – Às 13 horas e 12 minutos.**

**1.3 – Internado:** SIM

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No.** 1110851

**2.1 – Internado em:** 10/02/19

**2.2 - Alta em:** 27/03/19

**3. Hipótese Diagnóstica:** 1) FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO TORNOZELO ESQUERDO. 2) FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**4. Tratamento:** 1) CIRURGIA EM 10/02/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR. 2) CIRURGIA EM 15/03/19: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL ESQUERDOS (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). 3) CIRURGIA EM 22/03/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA BLOQUEADA E FIOS DE KIRSCHNER EM FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**5. Observação:** ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO E CARRO).

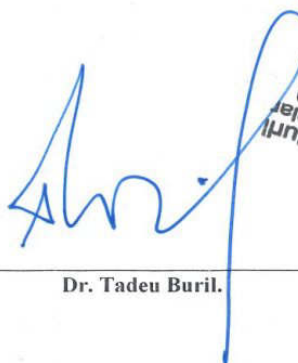
DATA: 12.11.2019

HORA: 11:17:47

PASTA: 01.06.2019

TB

RS



Tadeu Buril  
Cf. Vascular  
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.





HOSP

HGV - Hospital Getúlio Vargas



1110851

CNS: 700501124138757

1110851

Prontuário

Paciente: FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA

Nascto: 15/12/1965 Sexo: MASCULINO Fone: (81) 8494-4800

Mae: CLEIDE MARIA MEIRA SA E SILVA

End: RUA ESTEVAO GERSON Nº: 71 Compl:

Bairro: VARZEA Cidade: RECIFE UF: PE

CEP: 50740480 Dt.Cadastro: 10/02/2019 hs: 13:10 Usuário: MARIAGS

ACESSOPRD 12/11/2019 Dt. Impressão: 12/11/2019 11:20

31

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA

Data Nasc.: 15/12/1965 Idade: 53 Sexo: MASCULINO Cor:

CPF: RG: CNS:

Endereço: RUA ESTEVAO GERSON Nº: 71

Bairro: VARZEA Cidade: RECIFE Estado: PE

CEP: 50740480 Fone: 84944800 Profissão:

Nome da Mãe: CLEIDE MARIA MEIRA SA E SILVA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MIE E ESCORIAÇAO

Acidente de Trabalho: Sim  Não

EMENDAMENTO DATA: 10/02/2019 HORA: 13:12 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Acidente vítima de colisão moto-carro há ± 2h querendo-se de dor em MIE e MSE. MIE inchada, sem grande edema, sem color vermelha. Noq TCE, neg derramais.*

História do Trauma *neg náuseas, neg dor abdominal*

Perda da Consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não

Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

Colisão: Sim  Não  Tipo: Motorista:  Passageiro:

Atropelamento: Sim  Não  Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Sofreu Queda: Sim  Não  Altura m

Queimadura: Sim  Não  Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim  Não  Por que:

Observações:

Exame Físico:

Ex. Geral Via aérea esta pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: C°

*res, corado, hidratado, comente, orientado, sim, sim.*

B: Respiratório

*MVE AHT 4RA*

C: Circulatório PA: 130 x 80 mmm Pulso: 89 bpm

*PURJA*

D: Exames Neurológico Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:

Score: Hora: Score: Hora: Score: Hora:





**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**



MTE imobilizado de relato de Fx exposta

<b>E: Abdômen</b>	
glabro em ventral aperturas em FID sem dor e palpares profundos, sem sinais de irritação	
Diagnóstico Inicial: Trauma	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO:      Data:      Hora:
<b>Termo de Responsabilidade Para Internamento:</b>	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
<b>Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido:</b>	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Cadastramento: 10/02/2019 13:13 h JOSENEIDEAS	impressão: 10/02/2019 13:13 h JOSENEIDEAS

#SOT 14:55 10/03/19  
 Paciente vítima de acidente de moto há cerca de 05 horas  
 com trauma em punho e tornozelo Esquerdo, do 1º: trauma  
 articular de 1/3 distal rádio (E) (fechado) + fx exposta tornozelo (E)  
 ① Clafetina 1g, 2amp + AD. IV  
 ② SAT 5000p, 1amp, IM  
 ③ Ao bloco cirúrgico pelo ortopedic  
 após alta de cirurgião

Dr. Rafael Luz SOUSA  
 CRM-PR 23.271  
 RQE-16093





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: *Francisco de Sales da Silva* 02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: *Ortopedia* ENFERMARIA: *101* LEITO: *07* Nº DO REGISTRO: *1110851*

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

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
*Porost Fratura de maléolo lateral medial e*

COMORBIDADE:  
*com fratura de tórax em TNZ E*

PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
*Ho com fix e placas e parafusos em 1503*

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERBO):  
*Fratura de tórax e tórax*

DATA DA INTERNAÇÃO: *10/03/19* DATA DA ALTA: *22/03/19* DIAS DE INTERNAÇÃO: *15/03/19*

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: *0415030013* CID: \_\_\_\_\_ CARIMBO DO HOSPITAL/FATURAMENTO

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<i>Romildo Mungu</i>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<i>Yvon</i>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA	<i>Jambson</i>	
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> MEMORIALISE
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	

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

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

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:  
*O Meliuro*

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:  
*22*

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA  OUTROS \_\_\_\_\_ OBITO:  IMI  SVO  BO: \_\_\_\_\_

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

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

DATA: \_\_\_\_\_ MEDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ ASSINATURA/CARIMBO/CRM

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 50.600-080  
 Fone: 0XX 81 31646800



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA      REGISTRO: 1110851

Data da cirurgia: 10/02/2019  
Operador: DR. HERISON VIANA  
1º auxiliar: DRA HANNA EMILE (MR1)  
Anestesista: O (A) PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório:  
**FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO TORNOZELO ESQUERDO**

**Tipo de operação: LMC + Redução incruenta + Fixação de tornozelo esquerdo  
com fixador externo tubo-a-tubo transarticular**

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
- 2) Assepsia e antissepsia
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Observado ferimento puntiforme, deformidade e edema importante em tornozelo esquerdo
- 5) Ampliado ferimento
- 6) Realizada limpeza copiosa com SF 0,9%
- 7) Sutura de ferimento com Nylon 3-0
- 8) Aposição de 04 pinos de schanz, sendo 02 em tibia esquerda, 01 em calcâneo esquerdo e 01 em 1º MTTE
- 9) Realizada redução incruenta de fratura-luxação de tornozelo esquerdo
- 10) Aposição de conectores + barras de fixador do tipo tubo-a-tubo em tornozelo esquerdo, de forma transarticular, para fixação de redução sob fluoroscopia
- 11) Confirmada redução satisfatória sob fluoroscopia
- 12) Boa perfusão distal após procedimento
- 13) Curativo estéril

**OBS: avaliação do grupo do pé e tornozelo**

Dra. Hanna Emile  
Médica  
CREMEC 17884 / CRM-PE 26833



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**PACIENTE: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA REGISTRO: 1110851**

**Data da operação: 15/03/19**

**Operador: DR. MANUEL**

**1º auxiliar: DR. ROMILDO MUNIZ (MR4) 2º auxiliar: DR LYSON (MR3)**

**3º auxiliar: DRA. JULIANA MR1 4º auxiliar: DR. ANDRE MR1**

**5º auxiliar: DRA. FERNANDA MR1**

**Anestesista: DR. JANILSON**

**DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATÓRIO: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL ESQUERDOS**

**PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALÉOLO LATERAL E MEDIAL ESQUERDOS (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS)**

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Garroteamento de MIE;
- 3) Assepsia e antissepsia + aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Realizada incisão em face lateral de tornozelo esquerdo;
- 5) Divulsão por planos anatômicos até foco de fratura;
- 6) Redução cruenta de fratura de maleolo lateral esquerdo e osteossíntese com placa terço de cano 3.5 e fixação com 04 parafusos corticais e 02 parafusos esponjosos.
- 7) Visualizada redução satisfatória da fratura sob fluoroscopia;
- 8) Incisão em região de maleolo medial esquerdo
- 9) Observado foco de fratura
- 10) Redução cruenta
- 11) Osteossíntese com 02 parafusos esponjosos com rosca parcial
- 12) Limpeza com SF0,9%;
- 13) Sutura por planos com Vicryl e Nylon;
- 14) Curativo estéril;
- 15) Retirada de garrote de MIE;
- 16) Observada boa perfusão distal em MIE ao fim do procedimento.

**Dr. André Câncio**  
Médico  
CRM - PE: 27767



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: FRANCISCO DE SALES SA E SILVA

REG 1110851

Data da operação: 22/03/2019

Operador: DR. ITALO FERRAZ 1 auxiliar: CARLOS THIAGO MR4 2 auxiliar:  
ABÍLIO CRUZ MR1 3 auxiliar: ANDRE CANCIO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Tipo de operação: **REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA BLOQUEADA E FIOS DE K EM FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL ESQUERDO**

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia bloqueio de plexo braquial esquerdo
- 2) Assepsia e Antissepsia
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) passado garrote pneumático
- 5) incisão volar em radio distal – acesso de henry
- 6) Divulsão por planos até foco de fratura
- 7) Realizado redução cruenta e fixação com placa bloqueada para radio distal em titâneo e 06 bloqueados em titâneo e 01 cortical em titâneo
- 8) observado redução e fixação sob fluroscopia
- 9) realizado acesso de Thompson em radio distal regio dorsal
- 10) realizado redução cruenta e fixação de fragmento dorsal com 2 fios k
- 11) observado redução e fixação sob fluroscopia
- 12) LMC com SF0.9%
- 13) Sutura por planos
- 14) esvaziado garrote pneumático
- 15) observado boa perfusão distal ao término
- 16) TALA LUVA EM M S E

Dr. Abílio Cruz  
MÉDICO  
CREMEPE 27950



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCISCO DE SALES NEIRA DA E SILVA

Nº de Registro / Orgão Emissor / PE: 2766740 - SSP - PE

CPF: 583.046.494-20 | DATA NASCIMENTO: 15/12/1963

FUNÇÃO: JOSE FLORENCIO DA SILVA  
 CLIDE MARIA NEIRA DA E SILVA

PESSOAS: [ ] ACC: [ ] CATEG: [ ]

Nº REGISTRO: 02890289881 | VALIDADE: 03/09/2013 | 1ª EMISSÃO: 22/08/1988

---

EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura: *[Assinatura]*  
 Assinatura do Portador:

DATA: RECIFE, PE | DATA EMISSÃO: 24/10/2008

Assinatura: *[Assinatura]*  
 Assinatura do Emissor:

Nº DE TRAN: PE (PERNAMBUCO)

095118870



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA CIDADANIA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: FRANCISCO DE SALES NEIRA DA E SILVA

Nº de Registro / Orgão Emissor / UF: 2766740 - SSP - PE

CPF: 583.046.494-20 | DATA NASCIMENTO: 15/12/1963

FUNÇÃO: JOSE FLORENCIO DA SILVA  
 CLIDE MARIA NEIRA DA E SILVA

RESERVAÇÃO: [ ] ACC: [ ] CATEGORIA: [ ]

Nº REGISTRO: 02890289881 | VALIDADE: 03/09/2013 | 1ª EMISSÃO: 22/08/1988

---

OBTENÇÃO: EXERCE ATIV REMUNERADA

Assinatura: *[Assinatura]*  
 Assinatura do Portador: \_\_\_\_\_

DATA DE EMISSÃO: 24/10/2008

Nº de Registro: 4836789766  
 Nº de Registro: 78027362187

DE TRAN PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 095118870

PROIBIDO PLASTIFICAR 095118870



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

**095118870**  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**FRANCISCO DE SALES MEIRA SA E SILVA**

INSC. ESTADUAL / CNH ESTADUAL UF  
 2786746 - SSP - PE

CPF 583.046.494-20 DATA NASCIMENTO 15/12/1965

FRACÇÃO  
 JOSE FLORENCIO DA SILVA  
 CLÉIDE MARIA MEIRA SA E SILVA

PERMISSÃO [ ] - NCC [ ] - CATEGORIA [ AD ]

Nº REGISTRO 02E90289881 VALIDADE 03/09/2013 1ª EMISSÃO 22/08/1988

**095118870**  
 PRECISO PLASTIFICAR

CLASSIFICAÇÃO  
 EXERCE ATIV REMUNERADA

*Francisco de Sales*  
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL RECIFE, PE DATA EMISSÃO 24/10/2008

*[Assinatura]*  
 ASSINATURA DO DETRAN 40367997664  
 PRO27262197

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES



Eu, FRANCISCO DE SALES MEIRA SA C SILVA

CPF: 583.046.499 - 20

ENDERENÇO: RUA ESTORVAM GERSONI Nº 71, BAIRRO: VARZEA

\_\_\_\_\_, declaro que estou solicitando a indenização/  
reembolso do seguro DPVAT, em razão do acidente ocorrido em  
10/02/2021, na cidade de RECIFE, no  
estado de PERNAMBUCO, conforme a  
documentação apresentada neste aplicativo.

Declaro ainda que tenho conhecimento de que poderei ser  
responsabilizado civil e criminalmente por qualquer declaração não  
verdadeira.

Data: 05/04/2021

Assinado:

Francisco S. M. Silva



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: FRANCISCO DE SALES MEIRASA  
CPF da Vítima: 583.046.994-20  
Data do Acidente: 10/02/2019

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) [81]98988-7137

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECIFE, 18 de MARÇO de 2021  
Local e Data

*Francisco S. de Mello Junior*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210114378 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** Francisco de Sales Meira sa e silva **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO;  
FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE DAS FRATURAS E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E DO TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO; E DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 02 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 06 // NÃO FOI APRESENTADO LAUDO DO IML //

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>31,25 %</b>	<b>R\$ 4.218,75</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095261/21

**Vítima:** Francisco de Sales Meira sa e silva

**CPF:** 583.046.494-20

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/02/2019

**Titular do CPF:** Francisco de Sales Meira sa e silva

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais

#### Francisco de Sales Meira sa e silva : 583.046.494-20

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

