



Número: **0045205-15.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (AUTOR)	
	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A)) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136197601	20/06/2023 10:18	2883297_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO A

PROCESSO: 00452051520238172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 16 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:38
Número do documento: 23062010180834600000133031964
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180834600000133031964>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





20/06/2023

Número: **0045205-15.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (AUTOR)	
	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO(A)) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136197602	20/06/2023 10:18	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

- 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 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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21
Número do documento: 23062010180856600000133031965
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21
Número do Sinistro: 3210104124
Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72
CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/10/2020
Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro
Documentação médico-hospitalar

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: 23/04/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087594/21

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF: 710.689.294-72

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 14/10/2020

Titular do CPF: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES : 710.689.294-72

- 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 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: 25/03/2021
Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
CPF: 710.689.294-72

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2021
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21
Número do documento: 23062010180856600000133031965
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210104124 Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01083/01084 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16748145



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210104124

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do Acidente: 14/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

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: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 000000050708-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAXANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (11) 9866-62024

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (pai nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E2093000175**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/02/2021** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/10/2020** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE MATRIZ DA LUZ, 1 - Bairro: TIUMA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
BRENO SEVOLO CAVALCANTE (OUTRO)
JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Pai: SEVERINO LAURINDO GONÇALVES Data de Nascimento: 2/8/1968 Naturalidade: TRACUNHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3706005/SDS/PE (RG), 71068929472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Endereço Residencial: RUA DEPUTADO METODIO GODOY, 35 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

BRENO SEVOLO CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (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): BRENO SEVOLO CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS4821 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

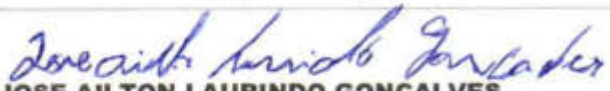
Complemento / Observação

SEGUNDO A VITIMA, O MESMO VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO O PILOTO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO, PERDEU O CONTROLE DO VEICULO, VINDO A VITIMA A CAIR FORTEMENTE AO SOLO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA CAXANGA, PRONTUARIO 00502833, SENDO TRANSFERIDO PARA



O H.O.F, PRONTUARIO 1119587, E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA, PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, NUMERO DE ADMISSÃO 351574, ONDE OBTVEVE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/10/2020, CASO AFETO A DELEGACIA DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE.

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


JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ADEILTON PEREIRA GOMES - Matrícula: 159741-8





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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 710.689.294-72 4 - Nome completo da vítima: JOSE AILTON LAUINDO GONÇALVES

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

5 - Nome completo: JOSÉ AILTON LAUINDO GONÇALVES 6 - CPF: 710.689.294-72
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: RUA DEP. METODIO GODOY 9 - Número: 35 10 - Complemento:
11 - Bairro: CAXANGA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-725
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (11) 9866-62024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 50708 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 23 de Março de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO: 321010412401
VALOR TOTAL: 2.362,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01028
CONTA: 000000050708

Número da Autenticação
FC5C4CC4492F9F77





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210155053430

Escritório: DOIS IRMAOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARIA JOSE MOREIRA
R DEP METODIO GODOY, N. 00035 - CAXANGA RECIFE PE 50980-725
INSCRIÇÃO: 340.352.085.0136.000

Nº Contrato: 6287389

05505343.0

01/2021-2

GRUPO: 18

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05505343.0

LIGADO	POTENCIAL	3	REAL /
A16S166530	13/01/2021	10/02/2021	REAL /

ÁGUA
LEIT. ANT.: 928
LEIT. ATUAL: 939
LEIT. FAT.: 939

CONSUMO: 11

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:
VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	
12/2020 15/	A E
11/2020 8/	A E
10/2020 11/	A E
09/2020 15/	A E
08/2020 12/	A E
07/2020 15/	A E
MEDIA 12/ 0	A E

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	126	126	124
COR APARENTE	126	126	101
COLORO RESIDUAL	126	126	126
CÓLIFORMES TOTAIS	126	126	123
E.Coli	126	126	125

OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA
RESIDENCIAL 003 UNIDADES
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

11 M3

VALOR R\$

135,39

PIS	135,39	1,65	2,23
COFINS	135,39	7,60	10,29

VENCIMENTO:

25/02/2021

TOTAL A PAGAR:

135,39

FIQUE TRANQUILO: A COMPESA PROTEGE SEUS DADOS, ATENDE A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS E TRATA SEUS DADOS PESSOAIS COM ÉTICA E TRANSPARENCIA. SAIBA MAIS EM WWW.COMPESA.COM.BR.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/02/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

05505343.0

01/2021-2

VENCIMENTO:

25/02/2021

TOTAL A PAGAR:

135,39

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21
Número do documento: 23062010180856600000133031965
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08

Nome: 502833-JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES Idade: 52a 2m Nascimento: 02/08/1968
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-986766526
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020

Prontuário: 00502833

Nº Atendimento: 01454615

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 14 DE OUTUBRO DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 6044281

QP:

RELAT ODE QUEDA DE MOTO COM DOR EM PÉ/TNZ ESQUERDO. NEGA TRAU,MANA CABEÇA, DESMAIO, VOMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA, DOR CERVICAL, TORACICA E ABDOMINAL, em: 14/10/20 22:10

EVOLUÇÃO:


Dr. Marcelo Correia
Ortopedia
CRM: 19647

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21

Número do documento: 23062010180856600000133031965

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08



Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Idade: 52a 2m
Nascimento: 02/08/1968
Contatos: / 81-986766526
Sexo: ASCULINO

Pai: EVERINA BERNARDO DE SOUZA

Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, 35 - CAXANGA - RECIFE/ PE - CEP: 50980580

Data do Atendimento: 14/10/2020
Prontuário: 00502833
Nº Atendimento: 01454615
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE TIBIA, em: 14/10/20 22:10

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERENCIA, em: 14/10/20 22:10

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 16/10/2020 00:59

	Nome Paciente:	JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
	Cód. Paciente:	1119587
	Data de Nascimento:	02/08/1968
	Sexo:	Masculino
	Idade:	52
	Senha:	EA0003
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3483045	
SAME:	1119587	

Período: 16/10/2020 01:02 - 16/10/2020 01:02

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE EGR,CONSCIENTE,ORIENTADO,EUPNEICO,QUEDA DE MOTO,COM IMOBILIZAÇÃO MIE,NEGA DM/ HAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR LEVE RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA DE OLIVEIRA - COREN: 203095 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/10/2020 01:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES
Sexo: MASCULINO
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA
Endereço: RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE
Idade: 52 Anos 2 Meses 13 Dias
Contatos: 81. 86766526 | Celular: 81.
Nasc. 02/08/1968
CNS:

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 16/10/2020 00:59
Prontuário: 1119587
Nº. Atendimento: 3483045
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MARINA HIRSCHLE GALINDO

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM.

Exame Físico

DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA DIR. BOA PERFUSÃO DISTAL.

Observações

RX: FRATURA TIBIA DIR

Conduta

INTERNO P CIR ELETIVA

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: N.º.15797

Hora: 16/10/2020 - 01:41





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 OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

9- SEXO

MASCULINO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA DEPUTADO GODOI, N.º 35 - : BAIRRO: CAXANGA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1119587

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

SEVERINA BERNARDO DE SOUZA

14- TELEFONE DE CONTATO

7- (CNS)

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 86766526 | Celular: 81.

8- DATA DE NASCIMENTO

02/08/1968

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA CONTUSO PERNA ESQ ONTEM. DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL PERNA ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

INTERNO P CIR ELETIVA

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX: FRATURA TIBIA ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA - S829

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNAÇÃO
URGENCIA E EMERGENCIA

29- CPF DO CRES/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

04047839450

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

16/10/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☒ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ORGAO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21

Número do documento: 23062010180856600000133031965

<https://pje.tje.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES (1631565)
Data Nascimento: 02/08/1968 52 Anos e 2 Meses
Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia
Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Nº de Admissão: 351574

SEXO: M

PAINEL:

Data da Admissão: 20/10/2020

Hora da Admissão:

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S822) FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 17/10/2020 a 21/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

Sugiro mantê-lo afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 20/10/2020.

RETORNO: 16/10 /2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 20/10/2020 as 21:37


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19962
TEOT 14269
Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES
CRM:



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21

Número do documento: 23062010180856600000133031965

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE AILTON LAURINDO GONÇALVES (1631565)

Admissão: 351574

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO DIA 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA ESQUERDA

C **URGIA REALIZADA:**

Admitido no dia 17/10/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 20/10/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ISAIAS FERNANDES

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 16/10/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 60 DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 21/10/2020 as 16:40


Dr. Isaias Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19902
TEOT 14249
Dr. (s) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES
CRM:

Página 1 de 1



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 20/06/2023 10:18:21

Número do documento: 23062010180856600000133031965

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010180856600000133031965>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/06/2023 10:18:08

Num. 136197602 - Pág. 19

Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43 Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO Matrícula:
Responsavel: Identidade:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses) Estado Civil: CASADO
Endereco: RUA DEPUTADO METODIO GODOY C.P.F.:
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725 Identidade: 3706005 - SDS - PE
Cidade: 2611606 RECIFE Telefone: / 986766526
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES G.Instrução:
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Ocupação: ASG
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/10/2020 - 14:27

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

Queixa do paciente:
PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA APÓS ACIDENTE DE MOTO EM 14/10/20. NEGOU ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Exame físico:
EDEMA. NV MANTIDO. PELE ÍNTEGRA.

Hipótese diagnóstica:
1) FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Prescrição/Conduta:		Horario/Checagem
01 -	INTERNAMENTO + PREOP	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAMF
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Clélio Campelo, 20 - N.º 1000-PE



Atendimento: 358715 Entrada: 18/01/2021 Hora: 07:43 Recepcionista: FABIANA DE OLIVEIRA
RODRIGUES
Plano: SUS - REVISÃO Matrícula:
Responsavel: Identidade:
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES C.N.S.: 700804902945182

Paciente: 1631565 JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Nascimento: 02/08/1968 (52 Anos e 8 Meses) Estado Civil: CASADO
Endereco: RUA DEPUTADO METODIO GODOY C.P.F.:
Bairro: VARZEA C.E.P.: 50980-725 Identidade: 3706005 - SDS - PE
Cidade: 2611606 RECIFE Telefone: / 986766526
Pai: SEVERINO LAURINDO GONCALVES G.Instrução:
Mãe: SEVERINA BERNARDO DE SOUZA Ocupação: ASG
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade: TRACUNHEM

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 20/10/2020 - 21:34

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI CRM 25331)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES – CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesista: ELIVELTON ANDRÉ

Instrumentador: EDER / ALDAIR

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

2. FASCIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA CRITERIOSA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MIPO PROXIMAL E DISTAL, COM FASCIOTOMIA

REDUÇÃO DE FRATURA EM PERNA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, E COLOCAÇÃO DE PLACA 4,5MM EM T 14

FUROS MEDIANTE TÉCNICA EM PONTE E FIXAÇÃO COM 06 PARAFUSOS CORTICAIS

LAVAGEM COM SF 0,9%

SINTESE POR PLANOS COM NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

Materiais Prosmed

Hospital Memoria: Hospital Armindo Moura

SAM

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3535-2013

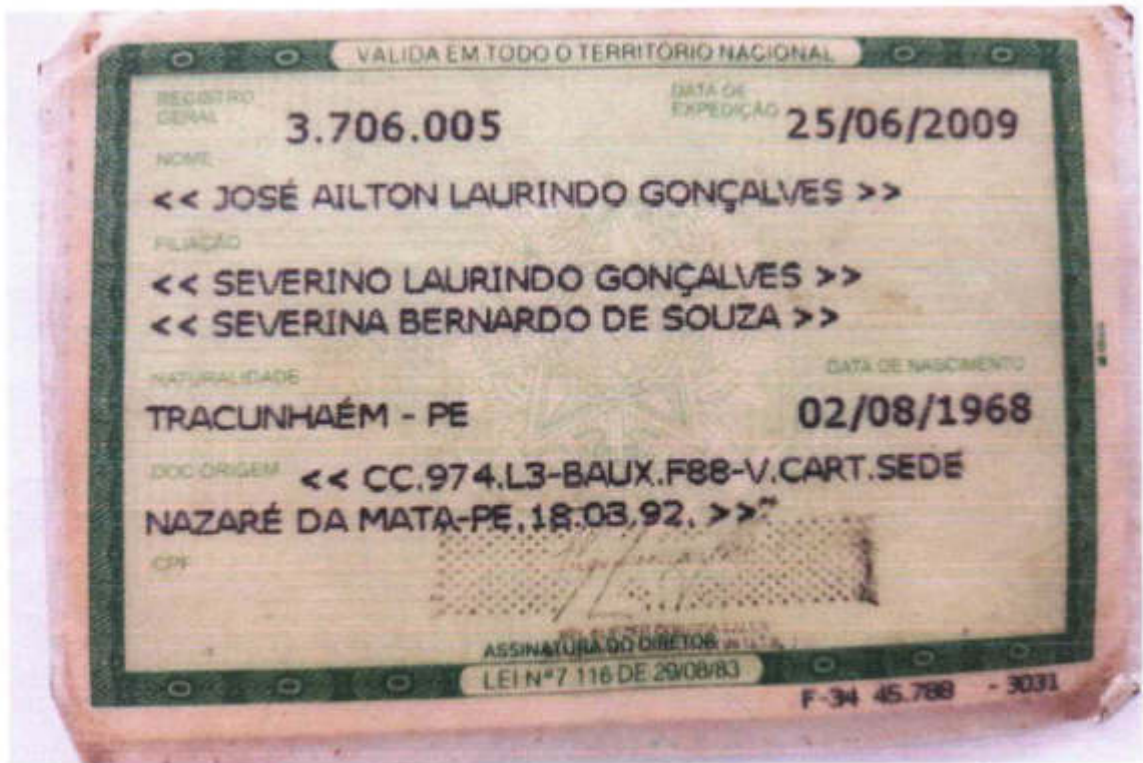
Av. Cícero Carneiro, S/N, Centro, Recife - PE



PLACA EM T 4,5MM 14 FUROS - 01 UNIDADE
PARAFUSOS CORTICAIS - 06 UNIDADES

Hospital Memorial Domício Moura
SAMF
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Getúlio Campos, 244 - J. São José - PE







DADOS DO SINISTRO

Número:

3210104124

Cidade:

São Lourenço da Mata

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do acidente:

14/10/2020

Seguradora:

ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

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



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210104124

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE AILTON LAURINDO GONCALVES

Data do acidente: 14/10/2020

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FASCIOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações: PÁG. 2_CIRURGIA.

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

