

(\*) A firma/entidade que deve receber o valor da multa e os honorários devida ao advogado deve ser informada no ato da intimação da multa, para que possa receber a mesma. A multa é destinada ao advogado que representou o infrator.

TESTIMUNHAS		Local e Data: <b>DIVL/STA 04/07/2019</b>
1a   Nome:	CPF:	Nome:
2a   Nome:	CPF:	Nome:
Assinatura	Assinatura	Assinatura
(*.) Assinatura de quem assina A RGDO		(*) Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
2a   Nome:	CPF:	Assinatura
Assinatura	Assinatura	Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura	Assinatura	Assinatura do Procurador (se houver)

respostas individuais de cada sujeito que se apresentaram e foram reescritas o valor recorde da escala de 299 a 0 Clíodo Pinto.

ESTADO CIVIL DA VITIMA:		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Vívio	DATA DO ÓBITO DA VITIMA:	
GRUPO DE PAREMOSCO COM A VITIMA:		VITIMA DEIXOU COMPANHEIRO(A); <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO						
		SE A VITIMA DEIXOU COMPANHEIRO(A), INFORMAR O NOME COMPLETO:						
VITIMA TEVE FILHOS?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	SE TINHA FILHOS, INFORMAR QUANTOS:					
			ULTIMA DEIXOU					
VITIMA TEVE VÍTIMAS?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NAO	ULTIMA DEIXOU					
			ULTIMA DEIXOU					

**Q**UIM que estende a regra do acidente ou da mima residença realiza preços com prazo superior a 30 (trinta) dias do período.

- Não** há IMI que atende a região do adderete ou da minha residência; ou

**O IMI** que atende a região do adderete ou da minha residência não realiza preços para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do adderete ou da minha residência não realiza preços com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

DECLARACAO DE AUSENCIA DE LADROGOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CLEVERTON DE OLIVEIRA PERMANENTE

**Autentizo** a Seguradora líder a creditar na conta bancaria transformada, de milha triuntrade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo e dando, desde já a somente apos a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

RECUSO INFORMATIVO  RECURSO MECÂNICO  SEM RENDA

Declaro, para todos os fins de direito, resitar no endereço acima informado, conforme comprovará o anexo (ANEXO C/CP/IA).

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



**SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº 07.09.2018.  
EM: 18.09.2018.

Atendendo ao requerimento do Srº, SERGIO ANTÃO DE LIMA JÚNIOR, RG Nº 8.076.620 – SDS - PE, CPF Nº 083.185.474-03, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 417752 do dia 17 de dezembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 20hs e 40min, vítima de colisão envolvendo motocicleta x motocicleta, na Rodovia PE - 015, S/N, Vila tores Galvão – Paulista, nas proximidades do Cemitério Morada da Paz, sendo em seguida removido para o Hospital Miguel Arraes.

*Jeane Andréia da Silva*  
Jeane Andréia da Silva  
COREN 172162  
Coordenadora de Enfermagem  
SAMU-Paulista MAT. 60850

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape | CEP 53421-420 – Paulista/PE.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: SERGIO ANTАО DE LIMA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 00000061822-0

---

Nr. da Autenticação 51ABEA3A7378E2E8

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



[www.cnjpe.com.br](http://www.cnjpe.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

ou de fala: 0800 281 0142

Ouvir 0000 262 3333  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
1571-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>	<b>CONTA CONTRATO</b>
CELMAR CRISTIANA DA CONCEICAO LIMA	<b>27/06/2019</b>	18/06/2019	004001461864
CPF: 487.831.884-87	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b>
	<b>150,93</b>	18/06/2019	2001684436
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>	
AV B 56 A  MARANGUAPE/B/MARANGUAPE 53421-036 PAULISTA PE	066447432	0002400831	
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico		
<b>RESERVADO AO FISCO</b>	2F6C.678F.9EAE.92BF.D584.9B03.A237.2B49		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.ceipe.com.br">www.ceipe.com.br</a>			

## **DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	178,00	0,74193679	132,96					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,90					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,22					
ICMS Subvenção-CDE-NF 056880302-18/04/19			1,19					
Multa por atraso-NF 062649604 - 20/05/19			2,10					
Juros por atraso-NF 062649604 - 20/05/19			0,31					
Atualização IGPM-NF 062649604 - 20/05/19			0,15					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>150,93</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
132,96	25,00	33,24	132,96	0,17	0,22	132,96	0,79	1,05

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000063181252439	CAT	20/05/2019	1.285,00	18/06/2019	1.466,00	29	1,00000	0,00	178,00

#### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de voce! akapas: rua dr luiz ignacio de andrade lima janga / biga farma: rua doutor benoni sa pau amarelo lista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

**Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br).**

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wesley César Oliveira Lima,  
RG nº 7.857.480, data de expedição 14/11/2006  
Órgão SPI, portador do CPF nº 098 551 639 86 com  
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA 57 N° 05 MARINGUAPÉ II, nº 05,  
complemento (ASA), declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Sergio Antônio de Lima Junior cujo o condutor era  
WESLEY CESAR OLIVEIRA LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA NXR160 BROZ KS90  
Ano: 2016  
Placa: PDH 0145  
Chassi: 9C2KD0810ER446700  
Data do Acidente: 17-12-2017  
Local e Data: PAULISTA 12-9-2018

Wesley César Oliveira Lima

Assinatura do Declarante



Wesley César Oliveira Lima  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

1º. SERVENTIA NOTARIAL - PAULISTA/PE - BRASIL  
Av. Mal. Flávio Peixoto, 60, Centro, CEP 53401-460, Fone (81) 3030-6666  
Tabelião: Luiz Antônio Ferreira Pacheco da Costa

REC. DE FIRMA Nº 2018-006611  
Reconhecido por autenticidade a Firma de  
WESLEY CESAR OLIVEIRA LIMA

Dou 16, em testemunho da verdade,  
Paulista-PE, 12/08/2018, 15:43:06.  
RESPONSÁVEL: SANDRELLI SOARES DOS SANTOS - ESCREVENTE  
ENDR: RS 3, 51 TSH: RS 8, 00 FNC: RS 0,48 ISS: RS 0,00  
SELO DIGITAL: 01595772 NOCB6201601 026602  
Consulta autenticidade no site: www.judicial.mt.gov.br

Ass. de Res. Sandrelli Soares dos Santos

1º SERVENTIA NOTARIAL DE PAULISTA, PE  
SPNº 111 Soares dos Santos  
Escreve 011 363 683 354407

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/12/2017 21:01



Nome Paciente: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR  
Cód. Paciente: 79382  
Data de Nascimento: 16/04/1993  
Sexo: Masculino  
Idade: 24  
Senha: 0038  
Comunicação: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 408265 [REDACTED]  
SAME: 69903

Período: 17/12/2017 21:17 - 17/12/2017 21:23

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MIE APÓS COLISÃO DE MOTO - MOTO

Observação: VINDO C/ SAMU /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / CARDIOPATIA / ASMA

Próxograma sintoma:

Crimeador(es): TRAUMA

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

- FREQUENCIA CARDIACA: 101.00 BPM

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM

- P.A. SISTOLICA: 150.00 MMHG

- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG

- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO  
NEPI-HMA

Acolhido(s) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/12/2017 21:23

ema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 408272

Usuário: PAULAPSC

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Promtuario: 79382
Idade: 24a 8m 2d	Profissão:	Especialidade:	Data de Nascimento: 16/4/1993
R.G.: 8076620	C.P.F.: 08318547403	Telefone: 97801115	CEP 53422660
Endereço: AV D	, 56	- MARANGUAPE II	- PAULISTA - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 17/12/2017 22:26		
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Piso: GERAL		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-OS			
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

513-04

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Name:	R.G.:	C.P.F.:
Sobrenome:	Numero:	04.91.15
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/12/17	Hora da Alta: _____ : _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: BEG, Sem Quixas, F.O. limpa e seca	
Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta dos ossos do perna	REVISADO
Diagnóstico Secundário01.: CCIH-HMA	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: Fixação com haste intramedular	

Dr. Rodrigo F. da Silva Damasceno  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 202222 CRM:

SERGIO ANTÃO DE LIMA  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 17 de 12 de 2017

Sergio Antao de Lima  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 408272

Dt Atendimento: 17/12/2017 - 22:26

Dt Alta: 28/12/2017 - 17:11

Paciente: 79382

SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 80 ORTL-513-LEITO 004

Piano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: DRIELLYFSB

CID:

Procedimento de Alta

0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Atendimento: 406265

Senha da Classificação:

Data e Hora: 17/12/2017 21:05

Paciente: 79382 SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/04/1993 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: CELMA CRISTIANA DA CONCEICAO Nome do Pai: SERGIO ANTÃO DE LIMA  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12348

Endereço: AV D

56

Bairro: MARANGUAPE II

Cidade/UF: PAULISTA PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Rue (-)

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Ora (-)

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

WSS (-)

Hora: DM (-)

Queixa Principal

bit + 2x COLISÃO MOI-MOTO REG  
desconforto ar condicionado. NDO / dor  
estômago gástrico

Exame Físico

(A) - no abdômen Tumores Câncer (E) abd press  
não nucit Br. 140 (O) - PLEUS PRES. TBC MAMAR  
núculas nas fêmeas (C) CCE 15  
(E) Derrame pleural.

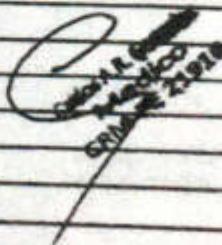
Hipótese Diagnóstica

(P) Politrofia: cetoz. mE (E)

Prescrição Médica

(P) Anoxia pelo oxigênio

(P) Sint. de ansia



Assinatura e Carimbo Médico

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência Transferido: Para \_\_\_\_\_

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

 Encaminhado ao setor de Internação

Aviso de Cirurgia : 47023  
Paciente : 70382

Convênio Atend.: 1

Leito : 80

Dt. Início : 27/12/2017 09:41

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0001 SALA 01

SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

SUS - INTERNACAO

ORTL-513-LEITO 004

Dt. Fim : 27/12/2017 10:30

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 408272

Carteira :

Idade : 24 Anos 11 Dias 10 Horas

Procedimento: 0406050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

CONDUTA: OSTEOSÍTESE COM HIM BLOQUEADA

CIRURGÃO: DR HYGINO MARINHO

AUXILIAR: DR BERNARDO SAMPAIO

ANESTESIA: DR GENESIO/ RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM MIE
3. ANTISEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PARAPATELAR MEDIAL, DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ O PLATO TIBIAL
5. INSERÇÃO DO FIO GUIA INTRAMEDULAR NA TÍBIA ESQUERDA, PASSANDO DO FOCO DA FRATURA
6. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR E INSERÇÃO DA HASTE 09X34MM
7. BLOQUEIO COM PARAFUSOS CORTICais (30 E 35MM DISTAIS E 35 E 45MM PROXIMAS)
- VISUALIZADA BOA APOSIÇÃO DO MATERIAL ATRAVÉS DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS DURANTE A CIRURGIA
- LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF E SUTURA DAS FERIDAS COM FIO VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
- CURATIVO ESTÉRIL
- T1. BOA PERFUSÃO DISTAL
12. À SR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

**Dr. Igor Dantas**  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM/PE/22/842

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data....: 23/12/2017  
Hora....: 18:24

Aviso de Cirurgia : 46972  
Saia : 0003 SALA 03  
Paciente : 79382 SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO  
Leito : 80 ORTL-513-LEITO 004  
Dt. Início : 23/12/2017 18:12 Dt. Fim : 23/12/2017 18:30  
Atendimento : 408272  
Cid Pré-Operatório : M868 OUTRA OSTEOMIELITE  
Carteira :  
Cid Pós-Operatório :  
Idade : 24 Anos 7 Dias 18 Horas

Procedimento: 0408060557 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES,  
(PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIA

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

**Descrição Cirúrgica :**

**Risco Cirúrgico :**

HD: INFECÇÃO FO PERNA ESQUERDA  
CD: LIMPEZA CIRURGIA + DEBRIDAMENTO  
EQUIPE: JULIANO MACHADO + RODRIGO AMORIM  
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS  
ANESTIA: RAQUI

- 1) PACIENTE ANESTESIADO EM DDH
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3) VERIFICADA HIPEREMIA IMPORTANTE EM FO DE TÍBIA ESQUERDA, SEM COMPROMETIMENTO DE PINOS DE SCHANZ
- 4) RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA, COM SAÍDA DE SECREÇÃO HEMÁTICA;
- 5) LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO + LIMPEZA COM SF0,9%
- a) COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA
- 7) SUTURA COM NYLON
- CURATIVO
- b) BOA PERFUSÃO DISTAL

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

*Rodrigo da Silveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-11401  
TEOT-11430*

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
CRM : 15979

**HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR**

Aviso de Cirurgia: 46667  
Paciente: 79382  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 561  
Dt. Início: 18/12/2017 01:22  
Cid Pré-Operatório: S822  
Cid Pós-Operatório: S822  
Sala: 0002 SALA 02  
SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-08  
Dt. Fim: 18/12/2017 02:18  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
Atendimento: 408272  
Carteira:  
Idade: 24 Anos 2 Dias 1 Hora

Procedimento: 04080505000 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIA 11075 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DIAFISE DE TIBIA E  
CIRURGIA: LC + DC + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR  
CIRURGIÃO: DR. GUSTAVO  
1º AUXÍLIO: DR. RODRIGO  
2º AUXÍLIO: DR. DANIEL CABRAL  
ANESTESISTA: DR. MARIO  
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DISTAL DA PERNAS,  
OBSERVADO CONTAMINAÇÃO IMPORTANTE COM TERRA E GRAMA  
OBSERVADO PERDA OSSEA  
LAVAGEM EXAUXTIVA COM SORO FISIOLÓGICO (10.000ML);  
DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;  
LAVAGEM EXAUXTIVA COM SORO FISIOLÓGICO (5.000ML);
10. REALIZADO FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
11. BOA REDUÇÃO SOB FLUROSCOPIA
12. SUTURA COM NYLON 2.0;
13. CURATIVO;
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Dr. Rando Holanda  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PE 22.345

DR(A): GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO  
CRM: 11075

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

7:00

# 5077

- nos: 1) Fix osso do ombro no braço  
2) RC(14/12/11) PTO em ferro  
3) RC(23/12/11) CC + DL para o ombro

PTO em curva e inclinação - levanta  
e desce, flexão, extensão, rotação, abdução.  
PTO: sem aperto.

C: 1) Mantimento OPG

2) Monitorizar o PTO e o aperto.

Dr. Ayron Ferraz  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 23.960

25/12/11

# 5077

tu HO: Fim de ossos no seu ombro

19/12 - fez

Possui m. articular, m. suave  
fo: luxo, mico, m. fratura

Cl: tecido conjuntivo

Cláudio Costa Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 24.099

16/12/11

# 5077

tu HO: D. recuperação

Possui m. articular, m. suave

fo: luxo, mico, m. fratura

Cl: luxo mico

Cláudio Costa Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 24.099



IPATIUNO de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Sergio Antônio REG: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
22/12/12	#809B HD: Fx 4563 do Pern. (5)  Dornte 5 giorni DF: fo ca sain da serra 1 Prom. os odens
23/12/12	Cirurgia de luxos crurais anomos.
23/12/12	#809F 40: 1) Dorsal PDT 4 amans UT: uro, urinaria, lmas, consciente, peso 7000g. fo sain e Sergio saido e rec Serge 2012-12-23
23/12/12	c.) Dornte novo Dr. CC. <del>2012-12-23</del>
23/12/12	# Ortopedico PDT: submedio lombosacral de limpeza Cerrado de keteo E SI anestesiada; Sergio em acidente

~~AEGOT~~

18/11/17

→ HO: Oft. est. una forma O  
O Rx en Descripción Pdt. "12/11/17"

Sel endos estan homogeneamente con gruesas de  
derm. sin MIE

- FE: FER, concava, orientada, espesas, hidratadas, normocromas
- MIE: con panderas altas
- FO: Sin revoco roquinoide
- Rx: Aguardo
- CO: Aumento analisis tetraplas

Dr. Renato Higanda  
Ortopedico / Traumatologo  
CRM-PB 25-2410

~~AEGOT~~

19/11/17

→ HO: As. normas

Der endos estan homogeneamente SG

FE: FER concava, orientada, espesas, hidratadas  
normocromas

→ FO: Bon aspecto d revoco roquinoide

→ CO: Co S. G. Rx: Bon reduci

Dr. Renato Higanda  
Ortopedico / Traumatologo  
CRM-PB 25-2410

20/11/17

HO: As. normas

Der endos estan homogeneamente c. gruesas de  
derm. sin MIE

FE: FER, concava, orientada, espesas, hidratadas

FO: Bon aspecto

- SCDI: Ag. S. G.  
Sobrante no se

Dr. Renato Higanda  
Ortopedico / Traumatologo  
CRM-PB 25-2410

21/11/17

~~AEGOT~~

Piel estet clavos

OF: PO Bon aspecto w/ S. O. Dens (1/4")

ed: O lg. monom. R. Santa  
nolas.

Dr. Pedro Cunha  
Ortopedico / Traumatologo  
CRM-PB 25-2410



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR REG: 79382  
CLÍNICA: ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

<b>DATA/HORA</b>	
<b>17/12/2017</b>	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
<b>HAS -</b>	<b># ADMISSÃO</b>
<b>DM-</b>	PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ +- 5 HORAS
<b>ALERG-</b>	COM TRAUMA EM MIE. RADIOGRAFIA EVIDENCIADA FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA. NEGA DESMAIO, VOMITOS, REFERE USO DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE.
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO AFEBRIL
	<b>EX. FÍSICO:</b>
	<b>A - VIAS AÉREAS PERTURBADAS</b>
	<b>B - RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE</b>
	<b>C - SEM SINAIS DE CHOQUE</b>
	<b>D - GLASGOW 15</b>
	<b>E - PRESENÇA DE FERIMENTO EXTEÑSO EM FACE ANTERIOR DE Perna ESQUERDA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.</b>
	<b>HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA</b>
	<b>CD: INTERNAMENTO</b>
	<b>AO BLOCO APÓS ALTA DA CIRURGIA SERAL</b>
	<i>Daniel Gómez Oncologia Internista CRM-PE 22.991</i>

SUS

## Laudo para solicitação de autorização de internação

5134

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR	6 - Nº Prontuário 79382			
7 - Cédula Nacional do SUS 700007843370107	8 - Data de Nascimento 18/04/1993	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X / <input type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe CELMA CRISTIANA DA CONCEICAO				12 - Telefone de Contato 8187328707
13 - Nome Responsável IGNORADO				14 - Telefone de Contato 97801115
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) AV D, 56 - MARANGUAPE II				
16 - Município PAULISTA	17 - IBGE 261070	18 - UF PE	19 - CEP 53422660	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Nome, Síntese e Sintomas Clínicos*  
NTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA ~ 4 HORAS COM TRAUMA EM Perna Esquerda. RADIOGRAFIA EVIDENCIADA FRATURA DE OSSOS DA Perna Esquerda

21 - Condições que autorizam a Internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
ANAMNÉSE - EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA

24 - CID 10 Principal

S822

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

V029

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

28 - Código do Procedimento

0408050500

Dependente

30 - Cartão de Atendimento

31 - Documento

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

CIRÚRGICA

2

(X) CNS

( ) CPF

980016278437533

33 - Nº do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

17/12/2017

35 - Assinatura e Censores (Pelo o Segredo no Conselho)

Daniel Britto  
Ortopedista - Radiologia  
CRM-PE 4.031

16339

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito

36 - CNPJ / Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

38 - ( ) Acid. Trabalho Itinerante

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - vinculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Apos.

AIH

M - Nome do Profissional Autorizado

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

261710296202-3

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

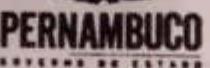
CNS ( ) CPF

50 - Assinatura e Censores (Pelo o Segredo no Conselho)

*Br. Sormane de Carvalho Britto  
- Ortopedista - Radiologista  
CRM-PE 4.031*

AIH  
261710296203-4

Código do Laudo: 408266



PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Sergio Antônio Lima Júnior 79392  
REG: [Categoria]  
IDADE: 24 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 17/12 DATA DA ALTA 28/12/17  
DIAGNÓSTICO: Fratura exposta diés ossos do perna  
Esquerda

### TRATAMENTO REALIZADO:

Fixação com haste intra-articular

### ORIENTAÇÃO:

Pisar com auxílio de muletas  
Trocar muletas  
Tomar medicamentos prescritos  
Marcar retorno à Ambulatório

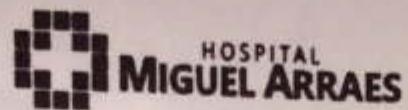
### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/18

Rodrigo F. da Silva Damasceno  
Dermatologia  
Unicamp e Dermatologia  
CRM: 25.524

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



RECEITUÁRIO

Sangue Antico de Line  
Júnior.

Paciente no 15º dia pós  
operatório de fusão dos  
ossos de pene esquerda

Estará em intercâminos

HQ - Fusão de ossos da pene  
Enq.

CD - Estarão congelados  
novecentos dias. P -

582

12/01/12

Dr. Tiago Moura  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PE 10791 TEOT 13045

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Scanned with CamScanner

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

NOME

SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8076620 SDS PE

CPF

083.185.474-03

DATA NASCIMENTO

16/04/1993

FILIAÇÃO

SERGIO ANTÃO DE LIMA

CELMAR CRISTIANA DA  
CONCEICAO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

05317385165

VALIDADE

11/07/2021

1ª HABILITAÇÃO

03/10/2011

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ Remunerada

*Sergio Antao de Lima Junior*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO

13/07/2016

*Alferes*  
ASSINATURA DO EMISSOR

69878481530  
PE073699128

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

13000673954

VÁLIDA EM TODO  
TERRITÓRIO NACIONAL  
13000673954

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190441438      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR      **Data do acidente:** 17/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA NA DIÁFISE NA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR).  
ALTA. (P1/2/3/5FC/6FC/7FC/11/13/14/15)

**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 DÉFICIT 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248292/19

Número do Sinistro: 3190441438

Vítima: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

CPF: 083.185.474-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2017

SERGIO ANTÃO DE LIMA  
JUNIOR

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/07/2019  
Nome: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR  
CPF: 083.185.474-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190441438      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR      **Data do acidente:** 17/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA NA DIÁFISE NA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR).  
ALTA. (P1/2/3/5FC/6FC/7FC/11/13/14/15)

**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 DÉFICIT 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

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, 26 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190441438**

**Vítima: SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR**

**Data do Acidente: 17/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR**

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

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

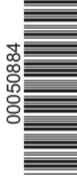
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 26 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190441438**

**Vítima: SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR**

**Data do Acidente: 17/12/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441438

Vítima: SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR

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: SERGIO ANTAS DE LIMA JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000944

Conta: 0000061822-0

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



(\*) A firma/entidade que deve receber o comprovante de identidade, maior de idade, para preencher a menor de idade, é a mesma que realizou a inscrição no módulo. NÃO HABER PRESENÇA DE 2 (DUAS) TESTEMUNHAS MAiores E CAPAZES, COMPROMETENDO-SE A DAR-LHE CREDIBILIDADE, ANTES DO PREENCHIMENTO E ASSINATURA.

Local e Data: <b>DIVL/STA 04/07/2019</b>	
Nome:	CPF:
1 <sup>a</sup>   Nome:	CPF:
Nome:	CPF:
Assinatura	Assinatura
(+) Assinatura de quem assina A RGQD	
2 <sup>a</sup>   Nome:	CPF:
Assinatura	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
CPF:	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura	Assinatura do Procurador (se houver)

respostas individuais de cada sujeito que se apresentaram e foram reescritas o valor recorde da escala de 299 a 0 Clíodo Pinto.

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"/> Vívio	Detalhe do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima de leito compaixão(a); <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima de leito compaixão(a), informar o nome completo:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima de leito compaixão(a); <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se a vítima de leito compaixão(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos:
Vítima de leito ou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima de leito ou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**U**O IML que estende a regra de acidente ou da minha residência realiza preços com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

- Não** há IMI que atende a região do adderete ou da minha residência; ou

**O IMI** que atende a região do adderete ou da minha residência não realiza preços para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI que atende a região do adderete ou da minha residência não realiza preços com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

BECЛАRAGAO DE AUSENCIA DE LADOGA DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVÁLIDEZ PERMANENTE

Autorizado a Seguradora líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/premiação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recorrendo a ela somente após a efetivação do crédito, quando o total do valor recebido.

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPLANGA (Somente para os bancos abertos. Assimile uma opção)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA: 0944 <input type="checkbox"/> CONTAB: 61822
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	Nome do BANCO: _____	AGÊNCIA: _____	CONTAB: _____
		<input type="checkbox"/> INFORMAR O DÍGITO SE ESSER	<input type="checkbox"/> INFORMAR O DÍGITO SE ESSER

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

RENDA MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR       ATÉ R\$1.000,00       R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00       R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA       R\$11.001,00 ATÉ R\$33.000,00       R\$55.001,00 ATÉ R\$75.000,00       R\$131.001,00 ATÉ R\$130.000,00

Declaro, para todos os fins de direito, ressalvo no endereço acima informado, conforme comprovará o anexo (ANEXO CAR COTPA).

Digitized by srujanika@gmail.com

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  ECHOLOS (tipos) de cobertura:  OUTRO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118001383**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/02/2019** às **10:27**Complementa o BO Número: **17E0118012552**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **17/12/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PAULISTA, 1** - Bairro: **CENTRO** -  
**PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR DESCONHECIDO ( AUTOR ) AGENTE )  
WESLLEY CESAR OLIVEIRA LIRA ( VITIMA )  
SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): WESLLEY CESAR OLIVEIRA LIRA

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

**WESLLEY CESAR OLIVEIRA LIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JACKELINE OLIVEIRA LIMA**  
Pai: **GIVANILDO OLIVEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **23/9/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 5, RUA 57 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **CELMA CRISTIANA DA CONCEIÇÃO** Pai: **SERGIO ANTÃO DE LIMA** Data de Nascimento: **16/4/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8076620/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **WESLLEY CESAR OLIVEIRA LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLLEY CESAR OLIVEIRA LIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDH0145 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KD0810GR446700

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016

Descrição: MOTOCICLETA HONDA PLACA PDH 0145

#### Complemento / Observação

A VITIMA VINHA CONDUZINDO SUA MOTO HONDA BROSS 160 PLACA PDH0145, NA PE 15 SENTIDO OLINDA HOJE POR VOLTA DAS 19:51HS QUANDO OUTRA MOTO HONDA BROSS DE PLACA PDB 1694, QUE SAINDO DE UMA RUA SECUNDARIA, PROXIMO AO CEMITERIO MORADA DA PAZ, ENTROU NA PE 15 SEM SINALIZAR E COLIDIU NA MOTO DA VITIMA CAUSANDO UMA COLISAO ENTRE AS DUAS MOTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDO E LEVADO E LEVADO PARA O HOSPITAL UNIMED RECIFE ONDE FOI MEDICADO E UM PESSOA DE NOME SERGIO JUNIOR ( SEGUNDA VITIMA), QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES COM SUSPEITA DE FRATURA. A VITIMA RELATA QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NAO SENDO POSSIVEL A SUA IDENTIFICAÇÃO. O FATO SE DEU HOJE POR VOLTA DAS 19:50HS NO BAIRRO DE FRAGOSO - PAULISTA. A VITIMA RELATA QUE TEVE SEU CELULAR APPLE IPHONE 8 DESTRUIDO NA HORA DO ACIDENTE. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

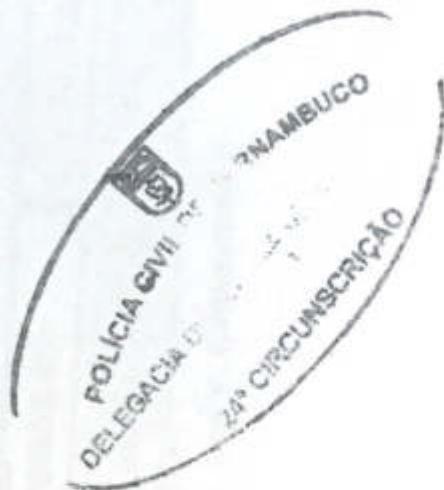
*Wesley Cesar Oliveira Lira*

**WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA**  
(VITIMA)

*Sergio Antão de Lima Junior*

**SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FABIO JOSE LOPES MARTINS** - MAT. 221340-0 - Matricula: 221340-0



04/02/2014