
Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Nº Sinistro: **3180109717**
Vitima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Data do Acidente: **29/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180109717**
Vitima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Data do Acidente: **29/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180109717**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Nº Sinistro: **3180109717**
Vitima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Data do Acidente: **29/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Carta n°: 12806827

A/C: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180109717
Vitima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 0000075089-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

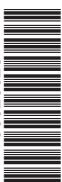
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Nº Sinistro: **3180109717**
Vitima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Data do Acidente: **29/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180109717**

Vitima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Data do Acidente: **29/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180109717**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Nº Sinistro: **3180109717**
Vitima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Data do Acidente: **29/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180109717

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180109717**

ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: **29/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

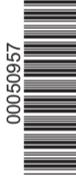
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180109717**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180109717

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIAS ARAUJO DE LIMA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180109717**

ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: **29/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180109717**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180109717**

ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: **29/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180109717**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

497.134.934-00

ELIAS ARAUJO DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELIAS ARAUJO DE LIMA		CPF titular da conta 497.134.934-00	Profissão RECUSO
Endereço RUA VINTE E DOIS		Número 01	Complemento
Bairro DOIS CARNEIROS	Cidade JABOTATUBA	Estado PE	CEP 54290-100
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1580	D/V	CONTA NRO. 75029	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
AGÊNCIA NRO. 0	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIEU , 08 de 12 de 2018

Local e Data

Elias Araujo de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013 

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ªCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0111000237**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **13:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE MORENO, 1, BR. 232 KM. 21** - Bairro: **CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIM O AO CONDOMINIO DUAS LAGOAS**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 SEVERINO RAMOS DA SILVA (OUTRO)
 ELIAS ARAUJO DE LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

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

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

ELIAS ARAUJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GENOVEVA MARIA DE LIMA** Pai: **ANTONIO ARAUJO DE LIMA** Data de Nascimento: **9/7/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS CARNEIRO (BAIRRO), 1, RUA VINTE E DOIS - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS CARNEIROS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO RAMOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO RAMOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGK0773** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018

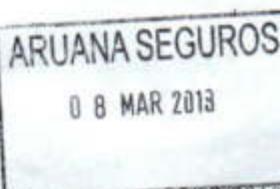
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SE DESLOCAVA DO DISTRITO DE BONANÇA SENTIDO RECIFE, PELA BR. 232, E PROXIMO AO KM. 21 O PNEU TRAZEIRO DA MOTOCICLETA ESTOUROU, A MESMA DESGOVERNOU-SE E A VITIMA FOI AO CHÃO, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NO RECIFE E LOGO APOS FOI REMOVIDO PARA O MEMORIAL EM JABOATAO, ONDE O MESMO FOI CIRURGIADO DO JOELHO E OMBRO DIREITO DEVIDO A QUEDA DA MOTOCICLETA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Elias Araujo de lima
ELIAS ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ROMERO BARBOSA PATRIOTA - Matrícula: 381028-3





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

ELIAS ARNUJO DE LIMA

CPF da Vítima

497.134.934-00

Data do Acidente

29/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 §1º 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, 08 de 03 de 18

Local e Data

Elias Arnujo de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELIAS ARAÚJO DE LIMA, 51 anos, portador do CPF 497.134.934-00 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 29/11/2017, às 16h55min, acionada através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S 410800. O mesmo foi vítima de QUEDA DE MOTOCICLETA em via pública, sendo ele o condutor da moto. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se consciente e orientado, com MIALGIA + LIMITAÇÕES EM OMBRO D + MILAGIA DE TÓRAX + ESCORIAÇÕES E MILAGIA EM JOELHO D, negando vômito e desmaio. O mesmo foi removido para o HOSPITAL MEMORIAL ARMINDO MOURA, e após avaliação médica foi re-transferido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, através da senha S 309197, onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Moreno, 30 de Janeiro de 2018.

Dr. Osmir Alves
Coordenador SAMU
309197

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

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: 09/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS ARAUJO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 00000075089-0

Nr. da Autenticação 7596F08357D72BA9



FIXO

Conta de Serviços de Telecomunicação

MUDE PRO OI FIXO ILIMITADO E FALE QUANTO QUISER.
Em ligações locais e até em DDD pra qualquer Oi Fixo do Brasil. Abra e saiba mais.



ELIAS ARAUJO DE LIMA
RUA Vinte e DOIS, 1
DOIS CARNEIROS
54290-100

JABOATAO DOS GUARARAPES-PE

7200039896045730000024351030250512

PROX AO VERDURAO

CTC RECIFE PE CID - AMARRADOS

15 31
34 27
27 23
82,81

✓

11031/2003 - DR/RJ/SPM

OI

CORREIOS



DEVOLUCAO
ELETROONICA
CORREIOS

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ONZE DE AGOSTO NÚM. 00564 - TOTO RECIFE
PE 50791-480

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 76316122 Dez/2017		
JOSE OLIVEIRA DOS SANTOS 1TV MARIA AUGUSTA DUTRA, N. 00062 UARARAPES PE 54280-385 INSCRIÇÃO: 342.544.150 0000.000 GRUPO: 10 DEB. AUTOMÁTICO: 076316122		SUCUPIRA JAPÓATAO DOS G		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A10B299352	DATA LEIT. ANTERIOR 05/12/2017	DATA LEIT. ATUAL 03/01/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 854 CONSUMO: 19
LEIT ATU: 873
LEIT FAT: 873

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

11/2017	21	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. NS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
10/2017	19	TURBIDEZ	97	97	97
09/2017	16	COR APARENTE	97	97	96
08/2017	15	CLORO RESIDUAL	97	97	97
07/2017	09	COLIF. TOTAIS	97	97	85
06/2017	12	E. COLI	97	97	97
MEDIA:	15	Qualidade de Água: www.compresa.com.br			

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M ³ - R\$ 40,18 POR UNIDADE	10 M ³	40,18
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,61 POR M ³	9 M ³	41,49
JUROS DE MORA 06/2017		1,97

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPPOSTO
PIS COFINS	81,67 81,67	1,65 7,60	1,35 6,21

VENCIMENTO: 15/01/2018 TOTAL A PAGAR: 83,64

MENSAGEM:

IMPRESSO EM: 08/01/2018 11:18:59:4

VALIDADE:

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



ELIAS ARAUJO DE LIMA
R VINTE E DOIS, 01
DOIS CARNEIROS
CEP 54290-100 - JABOATAO DOS GUARARAPES - RN



JS933773784BR



ralider.com.br

o Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários
guardar a consorcida, que, após constatar a sua regularidade
a Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.
não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado
se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhá-la
a você mesmo.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANA PAULA DE BRITO LINS inscrito (a) no CPF sob o Nº 882.688.104-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIAS ARAUJO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.134.934-00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELIAS ARAUJO DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.134.934-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>11V MARIA AUGUSTA DUTRA</u>		<u>02</u>	
Barrio	Cidade	Estado	CEP
<u>SUCUPIRA</u>	<u>JABORATÓ DOS GUARAPES</u>	<u>PE</u>	<u>54280-395</u>

RECIFE, 08 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Paula de Brito Lins

Assinatura do Declarante

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.A.T.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Eliáis Araújo de Lima

REGISTRO: 746368 DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1966

RG: 1405300053 ORGÃO EMISSOR: MT - PG

ENDEREÇO: Rua Límite e Dois n° 01

Alto dois Carmo

NOME DA MÃE: Genoveva Maria de Lima

DATA ADMISSÃO: 30/11/17 DATA ALTA: 18/12/17

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/12/17 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de Fratura clavícula Direito + Neurofise

MÉDICO: Osvaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.

Dr. Elder Carvalho
Médico
CRM/PE 22023

MÉDICO

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013



Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

Data: 18/12/2017

Hora: 13:24

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Atendimento: 145764

Sexo: Masculino

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CID: S821

Procedimento Solicitado: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

0408060123 - Exploracion Cuticular

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

02. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti -- Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: *Curativo*

Data de Internação: 18/12/2017

Data da Alta: 20/12/17

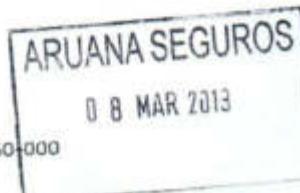
Dias de Hospitalização:

dia(s).

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622

SECRETARIA DE SAÚDE PJE/PE
DGOG - Gabinete de Controle e Avaliação
Roberto Calixto
Médico Autorizador / SUS - CRM 5876/PE
CPF: 077.998.174-81



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Prontuário: 746368

Atendimento: 145764

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Data: 18/12/2017

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

+ Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS



Dr. Leonardo de Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 16118 - SBOT 12003 AO 4181*

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

INCISÃO ANTERO-LATERAL EM JOELHO DIREITO

ABERTURA POR PLANOS

VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA

REDUÇÃO DO SEGMENTO FRATURÁRIO

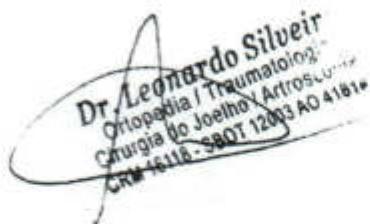
APOSIÇÃO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS

LAVAGEM COM SF0,9%

SUTURA

CURATIVO

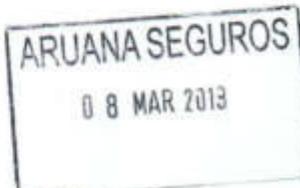
OBS: UTILIZADO INTENSIFICADOR DE IMAGEM DURANTE PROCEDIMENTO



Dr. Leonardo de Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 16118 - SBOT 12003 AO 4181*

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25478



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 144424 Nascimento: 09/07/1966
Responsável: Prontuário: 746368 Sexo: Masculino
Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA Data e Hora do Atendimento: 30/11/17 16:30:46
Idade: 51 Anos, 4 Meses e 21 Dias Profissão: OUTROS Escolaridade:
CPF: Identidade: 1405300053 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 702604214366544
Nome da Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA Nome do Pai: ANTONIO MARIA DE LIMA
Endereço: RUA VINTE E DOIS, DOIS CARNEIROS, CEP: 54290100, Nº 30, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 12 - LEITO 02

Médico: MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA+FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB,EUPINEICO,AFEBRIL ,COM EDEMA Perna Direita

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

IN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA+FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

Hospital Memorial Jaboatão
Milton Teles de Mendonça
Ortopédico - CRM 6262

ELIAS ARAUJO DE LIMA

Paciente em seu 2º
tempo foi realizada
OTG Cunhagem de Fratura
plana do Tíbia D + exploração
articular + Colocação de placas
e parafusos

Dr João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 22622

M. 01 - 18

SECRETARIA DE SAÚDE P.J.G.
DGOS: Gabinete de Controle e Avaliação
Roberto Calisto
Médico Autorizado / SUS - CRM 5870/10
CPF: 077.965.178-51

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO				2 - CNES 5356067
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO				4 - CNES 5356067
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Ellas Araujo de Lima				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem: <input type="checkbox"/> 3				
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO TELEFONE
12 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO + 15 - UF
				16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Fratura Plaquetátil D 0408050551				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL C702C3097001
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III <input type="checkbox"/>				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Placa em L 4,5mm				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL C702C3097001
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTSE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE.				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/03/17
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				42 - N° DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE SECRETARIA DE SAÚDE PJPFF
43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. João Pedro Ribeiro (Presidente do Conselho)				44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO CREMEPE 22622
45 - N° DOCUMENTO PROFISSIONAL AUTORIZADO 077.968.174-53				46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				48 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO ARUANA SEGUROS
49 - N° DOCUMENTO PROFISSIONAL SOLICITANTE				50 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08 MAR 2016



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	CNES
		5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	CNES
		5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente				Nº Prontuario
ELIAS ARAUJO DE LIMA				746368
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	RaçaCor	Einá
702604214366544	09/07/1966	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
Nome da Mãe				Telefone de contato
GENOVEVA MARIA DE LIMA				
Nome Responsável				
GENOVEVA MARIA DE LIMA				
Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA VINTE E DOIS, 30 - DOIS CARNEIROS				
**Início	IBGE	UF	CEP	
TOATAO DOS GUARARAPES	260790	PE	54290100	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*letra dica d
moto am PRIMEIRO de elevado n
+ photo maior direito*

Condições que justificam a Internação:

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
	<i>letra dica d moto am PRIMEIRO de elevado n + photo maior direito</i>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

Principais Resultados de Provas Diagnósticas	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
<i>RF</i>	<i>+ PRIMEIRO de elevado n + photo maior direito</i>

Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
<i>fratura de clavida</i>			

Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Código do Procedimento

Nome do Profissional Autorizador	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
<i>Milton Mendonça</i>		() CNS () CPF	

Nome do Profissional Autorizador	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
<i>Milton Mendonça</i>				18/12/2017	

PRESCRIÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Seguradora			Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	<input type="checkbox"/> CNPJ/ Empresa			CNAE da Empresa	CBO
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto					

Vinculo com a Previdência					
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado

SECRETARIA DE SAÚDE					
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador		Documentos	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação	
MARIA CECILIA MAC DOWELL		Medicodoc - Caixa SUS - CRM 5866/BPL CPF: 077 966 174-53		(AIH)	

Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
(X) CNS () CPF	20153335655007

Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
<i>Milton Mendonça</i>	

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO	REVISÃO
F.AT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Elias Araujo de Lima

REGISTRO: 746368 DATA DE NASCIMENTO: 09/07/1966

RG: 1405300053 ORGÃO EMISSOR: MT-PG

ENDEREÇO: Rua Linte 1 Dois n°01

Alto Dois Carmelos

NOME DA MÃE: Gemeriva Maria de Lima

DATA ADMISSÃO: 18/12/17 DATA ALTA: 20/12/17

DATA DO PROCEDIMENTO: 18/12/17 CID: 5821

DIAGNÓSTICO: Fratura de Plata Tibial

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura do Planoalto Tibial Direito Exploração Articular Clavícula Simplicativa de Mídia Grandes Articulações

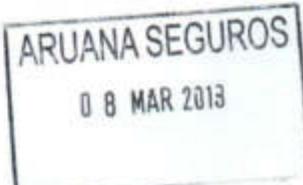
MÉDICO: Leonardo Siqueira

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GURARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.

Dr. Elder Carvalho
CRM/PE 22023
Médico
CRM/PE 22023
MÉDICO

Elder Carvalho
CRM/PE 22023
Médico
CRM/PE 22023
MÉDICO



Usuário: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

Data: 07/12/2017

Hora: 14:51

Sumário de Admissão e Alta

Nome: EDUARDO ALVIM DE LIMA

Prontuário: 746368

Atendimento: 144424

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMedico): FRATURA DE CLAVICULA

CID: S420

Diagnóstico Secundário: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

0408010150.

Diagnóstico 3º Secundário: 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

1. Cirurgião: DILACIO JOSE FAZENDA COIMBRA JUNIOR

2. Auxiliar Cirurgião: DILIO TINOCO BRANCO DE ALBUQUERQUE

3. Auxiliar Cirurgião: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

3. Auxiliar Cirurgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

Mudança de Procedimento

Uso de Prótese Órtese

Diária de UTI

Uso de Fatores de Coagulação

Diária de Acompanhante

Uso de Oxigenadores

Uso de Anti - Eb

Nutrição Parenteral

X. maior
SECRETARIA DE SAÚDE-PJGPE
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora/SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Diagnóstico Secundário:

Data da Alta:

Reoperador

Data da Alta: 18-12-17

Data de Hospitalização:

06-12-17

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO
CRM: 25478

Dr. Ranilson Pinto
CRM: 25478

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018



LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME DO PACIENTE	CNS: 702604214366544 Paciente: 1046970 ELIAS ARAUJO DE LIMA Clínica: CORREDOR SUL Nasc.: 09/07/1966 Idade: 51 Anos 4 Meses Sexo: MASCULINO Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA End.: RUA VINTE E DOIS Número: 1 Barro: ALTO DOIS CARA/Cidade: JABOATÃO DOS GUARAPES Telefone: 558184590840 Data At: 30/11/2017 00:11	Atendimento: 71104 Leito: COR-324
DATA DO NASCIMENTO		Nº DO PRONTUÁRIO: 1046970
NOME DA MÃE:		
ENDEREÇO: (AV./RL)		

Nº	BLOCO:	APT°	BAIRRO:
----	--------	------	---------

MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
------------	-----	------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Acidente ao moto (sic) hoje, dia 29/11/2017.
Sofreu fx clavícula (2) + oncos contuso (1) resto nenhuma.

EXAME FÍSICO: Exame físico e - MDP + MMII.
Nº pressionado em MDP.

*SECRETARIA DE SAÚDE-PJURF
DGOS-Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mat. Dowell
Assistente: 298-725-88449
Médico: + Rx*

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES: *exames normais + Rx*

DIAGNÓSTICO INICIAL: *fx clavícula + fx protô tibial*

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *intervento* CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: *traumatologista* CARATER DA INTERNAÇÃO: *Unifuncional*

DATA: 29/11/17 DATA: _____/_____/_____

*Dr. Vítor Almeida ALBUQUERQUE
CRM-PE: 22.961
CRM-PE: 22.961*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNACAO CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNACAO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE: *Hospital Memorial de Pávloski*

ARUANA SEGUROS

Série 390143

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

HGOF-333

DATA DO ENCAMINHAMENTO

08 MAR 2013

ELIAS ARAUJO DE LIMA

Paciente internado neste
hospital c/ Fratura de
Clavícula D + Fratura plato tibial
D, foi necessário em 1º tempo
a realização do 1º Cíngulo
de Fratura clavícula D + Colocar
de fio de Kirschner + parafuso -
agendamento em outro tempo
p/ Frat. plato tibial D.

SECRETARIA DE SAÚDE-PJGPE
Nº 05 - General de Souza e Alvarado
Município de M. J. Juárez
Med. e Auxiliar: 3000-0522
Cpf: 209-725-884-49

Dr João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 22622

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

ISLS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			3 - CNES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			5 3 5 6 0 6 7	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			5 3 5 6 0 6 7	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Cícias Alcino Lima</i>			6 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE CÔNJUGUE/PAI			MASC. 1 FEM. 3	
11 - ENDERECO (RUA - Nº - BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	15 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			18 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO
			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHANTE				
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		DIÁRIA DE UTI TIPO I	DIÁRIA DE UTI TIPO II	DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - QTDE.
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	38 - QTDE.
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
PAC. E VTE TRASFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA CSSEA. SOLICITO ACOMPANHANTE +PERMANENCIA MAIOR. <i>Tomografia.</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>18/12/17</i>	
41 - DOCUMENTO CRM		42 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - AESAN - TURMA E CARAMBOLINHO DO REGISTRO DO CONSELHO	
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - COD. CRÉDITO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO CRM		47 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	48 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO	
LARJANA SEGUROS				
08 MAR 2018				

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 144424

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 702604214366544

Responsável:

Observação:

Prontuário: 746368	Data/Hora: 30/11/2017 16:30:46	Naturalidade
Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA		Data de Nascimento: 09/07/1966 02:00:00
Sexo: MASCULINO	Idade: 51 Anos 5 Meses 11 Dias	Profissão:
CPF:	Identidade: 1405300053 - SDS/PE	Fone:
Est. Civil: SOLTEIRO	Cônjugue:	
Escolaridade:		
Nome do Pai: ANTONIO MARIA DE LIMA		
Nome da Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA		
Endereço: RUA VINTE E DOIS	Bairro: DOIS CARNEIROS	
CEP: 54290100	Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES	
Médico: MILTON TELES DE MENDONCA	CRM: 6262	
Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA	CID:	

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO
CIENTE:

Data: _____ - Hora de Saída: ____ : ____ h - Médico: _____

João Paulo Romeiro
Ortopedia, Traumatologia
CREMEPE 22622

Av. Gal. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3482-9888 - www.hmjpe.org

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

Unidade: ORTOPEDICO DE PRAIA
Piso: 1º Andar
Horário: 14:27hs

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELIAS APOLIO DE LIMA

Identimento: 1-14424

Sexo: Masculino

Prontuário: 746368

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 02

Idade: 51 Anos, 4 Meses e 28 Dias

Local: Prédio Operatório: SAO - FRATURA DA CLAVICULA

Operador:

Localização da Fratura: DIPÓLICE (cod: 54036277-7)
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA CLAVICULA DIREITA (COD:040801015-0)

Data: 07/12/2011

Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Auxílio Cirúrgico: DUILIO TINOCO BRANCO DE ALBUQUERQUE

Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLORCAFO-PELE

Anestesia:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Posição da Cirurgia:

FACILITANTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

SEPSIA E ANTISSEPSIA

AMPLIADA DE CAMPOS ESTÉREIS

INTUBAÇÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA

ESTERILIZAÇÃO POR 3 ANOS ATÉ ABORDAGEM DE LUXAÇÃO

ABORDAGEM CLAVICULA DIREITA AVICULAR

EXPLORAÇÃO DE LUXAÇÃO E REFEZIMENTO INTRAMEDELLAR

ABRANGÊNCIA

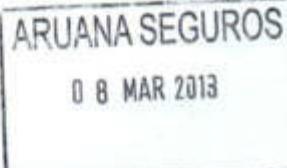
ABRANGÊNCIA

ABRANGÊNCIA

Dr. Osvaldo Coimbra Jr
Ortopedia / Traumatologia
CRM : RE 46.055

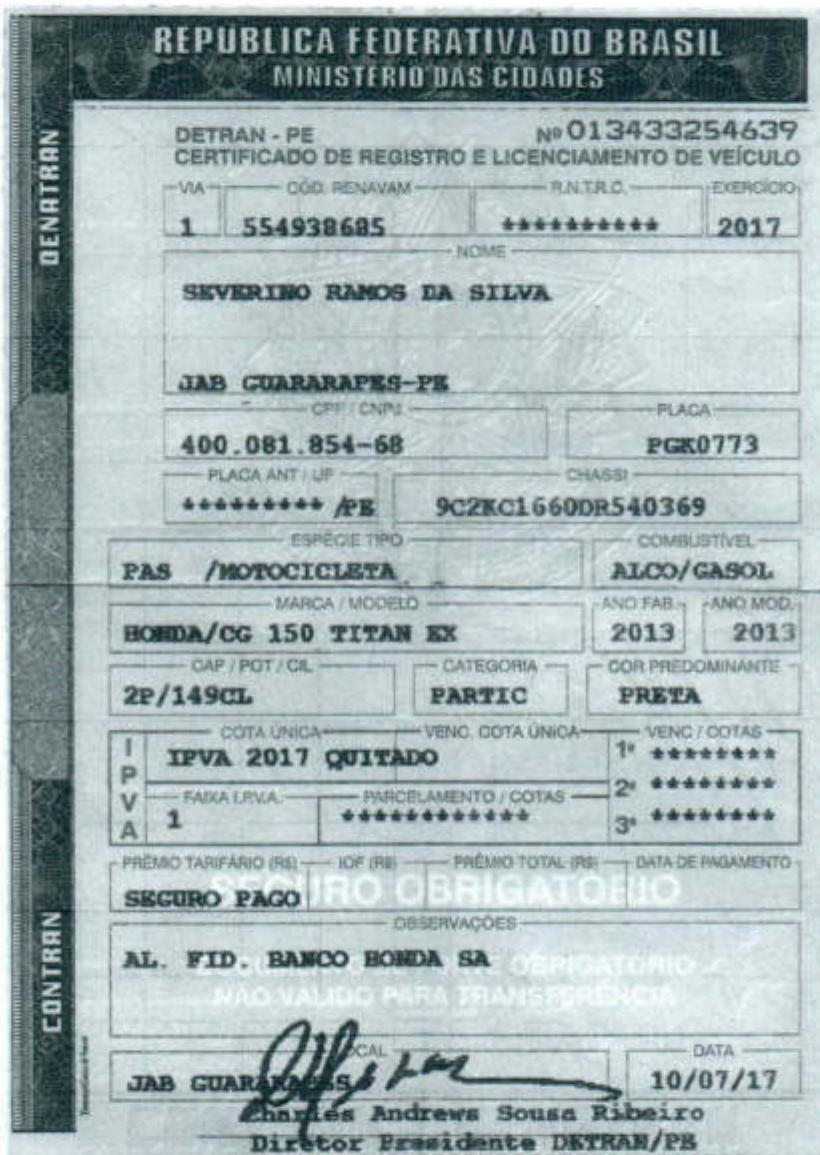
OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

1 PM - 2011-03-07





ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180109717 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 29/11/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA,
FRATURA DO PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM JOELHO DIREITO EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180109717**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R VINTE E DOIS, 01 - DOIS CARNEIROS - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54290-100

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **NÃO TROUXE**

Data e local do acidente: [**29/11/2017**] **BR 232 Km 21 - CENTRO DE MORENO - PE.**

Data e local do exame: [**21/01/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E FRATURA DA CLAVÍCULA, DIREITAS.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA O MEMBRO INFERIOR DIREITO SEM CONSEGUIR REALIZAR A EXTENSÃO COMPLETA DO JOELHO. APRESENTA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA. OMBRO DIREITO – SEM PREJUÍZO DA MOBILIDADE E DA FORÇA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO E DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITAS. TEVE ALTA EM DEZEMBRO. ACOMPANHADO AMBULATORIALMENTE ATÉ 07/01/19, QUANDO RECEBEU ALTA AMBULATORIAL. REALIZOU AINDA 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA NÃO POSSUI RG (PERDEU TAL DOCUMENTO). TROUXE CARTEIRA DE MOTORISTA, EM QUE CONSTA FOTO E NÚMERO DA CARTEIRA DE TRABALHO (MT – 1405300053) ALÉM DE CPF – 497.134.934-00. NO SISTEMA, EM SEU PROCESSO, CONSTA RG DE OUTRA PESSOA (MULHER POR NOME ANA PAULA). VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Rayssa Silva Leal Mousinho
Médica
CRM-PE/22116
"Caminho sempre Jesus Cristo e serás salvo"

Rayssa Silva Leal Mousinho - CRM: 22116 - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084969/18

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
CPF: 497.134.934-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/11/2017
Titular do CPF: ELIAS ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANA PAULA DE BRITO LINS : 882.688.104-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ELIAS ARAUJO DE LIMA : 497.134.934-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

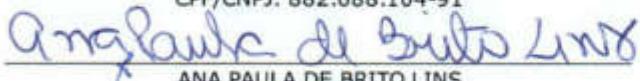
ATENÇÃO:

- 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 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.

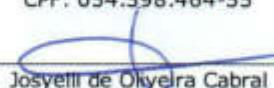
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2018
Nome: ANA PAULA DE BRITO LINS
CPF/CNPJ: 882.688.104-91


ANA PAULA DE BRITO LINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2018
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55


Josyelli de Oliveira Cabral

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:

Elias Araújo de Lima

Nacionalidade:

Brasileiro

Estado civil:

Profissão:

Identidade:

1405300053 NPE CPF: 497.134.939-00

Endereço:

OUTORGADO:

Nome:

Ana Paula de Brito Lins

Nacionalidade:

Brasileira

Estado civil: Solteira

Profissão:

Identidade:

3.742.426 SSPZ CPF: 882.688.109-91

Endereço:

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Jalapão 22/02/18
LOCAL E DATA:



Elias Araújo de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE**(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)****2º CARTÓRIO DE NOTAS
E PROTESTOS**Biel. NELSON GALVÃO FILHO - Titular em exercício
Buz. Antônio Lobo de Andrade, 580 - Pindaré-
Mirim - São Luís - MA - CEP 65400-300
Tel.: (98) 3241-5315

Reconheço, por Autenticidade a firma de: ELIAS ARAÚJO DE
LIMA. Dou fé em 22/02/18 11:13:12 em testemunho da
verdade. KATLEEN EDUARDA COUTINHO DE MELO - Escrivane
Emol R\$ 3,99 TSNR R\$ 0,80 Total R\$ 4,79. Selo Digital:
0074914.01802201802.02086. Consulte em
www.tjma.jus.br/seledigital.

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084969/18

Número do Sinistro: 3180109717

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

CPF: 497.134.934-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/11/2017

Titular do CPF: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 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: 10/10/2018
Nome: ANA PAULA DE BRITO LINS
CPF: 882.688.104-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ANNA PAULA DE BRITO LINS

ABENILDA MARIA BARBOSA