

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

Carta nº 12493007



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 nº: 12806827

A/C: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: 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.seguradoralider.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

Carta nº 13265848



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.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, 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: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

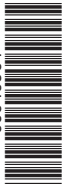
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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.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

Carta nº 13872952



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.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

Carta nº 14116524



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.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

Carta nº 14530159



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

497.134.934-00

Nome completo da vítima

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 JABOATÃO	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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ 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.
75089

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(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.

RECIBO, 08 de 03 de 2018

Local e Data

Elia Araujo de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

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/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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

Elis ARAUJO DE LIMA

ELIAS ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)

RBB

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



ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

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 ARAUJO 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



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 + MIALGIA DE TÓRAX + ESCORIAÇÕES E MIALGIA 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
Coord. SAMU
36/31

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

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: 000000075089-0

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.



38908487



ELIAS ARAUJO DE LIMA
RUA VINTE E DOIS, 1
DOIS CARNEIROS
54290-100

JABOATAO DOS GUARARAPES-PE

CTC RECIFE PE CID - AMARRADOS



7200039896045730000024351030250512

PROX AO VERDURAO

1531
3727
2723
82,81



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. 00002 SUCUPIRA JARDIM DOS G			
UARARAPES PE 54280-385			
INSCRIÇÃO: 342.544.150-0030.000 GRUPO: 10 DEB. AUTOMÁTICO: 076316122			
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA
HIDRÔMETRO A10B299352	DATA LEIT. ANTERIOR 05/12/2017	DATA LEIT. ATUAL 03/01/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
AGUA: LEIT ANT: 854 CONSUMO: 19 LEIT ATU: 873 LEIT FAT: 873			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		PARAMETROS	EXIG. PORT. ANALISES ATENDEM
			MS 2.914/11 REALIZ. A LEGIS
11/2017	21	TURBIDEZ	97 97 97
10/2017	19	COR APARENTE	97 97 96
09/2017	16	COLOR. RESIDUAL	97 97 97
08/2017	15	COLIF. TOTAIS	97 97 85
07/2017	09	E. COLI	97 97 97
06/2017	12		
MEDIA:	15	Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - 40,18 POR UNIDADE		10 M3	40,18
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,61 POR M3		9 M3	41,49
JUROS DE MORA 06/2017			1,97
Tributos			
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	81,67	1,65	1,35
COFINS	81,67	7,60	6,21

VENCIMENTO: 15/01/2018

TOTAL A PAGAR: 83,64

MENSAGEM:

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



JS933773784BR

ARUANA SEGUROS
02 ABR 2018

ralider.com.br

O Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e a Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar a não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado, 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 COAF**².

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 <u>1TV MARIA AUGUSTA OUTRA</u>		Número <u>02</u>	Complemento
Bairro <u>BOCUPIRA</u>	Cidade <u>JARDIM DOS GUARARAPES</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>54280-385</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

RECIFE, 08 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Paula de Brito Lins
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Élio Araújo de Lima

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

RG: 1405300053 ÓRGÃO EMISSOR: MT-PE

ENDEREÇO: Rua Lente e Dois n° 01

Alto dos Carneiros

NOME DA MÃE: Generosa 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 Direita + Neurolise

MÉDICO: Oswaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.

MÉDICO

Dr. Elder Carvalho
Médico
CRMPE 22023

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018



HOSPITAL MUNICIPAL DE JABOATÃO

Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

Data: 18/12/2017

Hora: 13:24

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Prontuário: 746368

Atendimento: 145764

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): 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 - Exploração Articular

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

02. Auxílio Cirúrgico:

03. 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 CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: *Medicamentosa*

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 PJG/PE
DGOB - Gerência de Controle e Avaliação
Roberto Calixto
Médico Autorizador SUS - CRM 5876/PE
CPF: 077.946.174-51

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



MEMORIAL JABOTÃO

Usuário: RANILSON FRANCISCO DE

Data: 18/12/2017

Hora: 13:31

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:

4. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 16118 - 3807 12003 AO 41818

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

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 Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 16118 - 3807 12003 AO 41818

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25478

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

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, JABOATAO 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:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA+FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

Hospital Memorial Jaboatão
Milton Teles de Mendonça
Médico - CRM 6262

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

ELIAS ARAUJO DE LIMA

Paciente em seu 2º
tempo foi realizado
O 7º Cirurgico de Fratura
plavato Tibial D + exploração
Articular + Colocação de Placa
e parafusos


Dr. João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
(11) 3426 2262

14.01.18

SECRETARIA DE SAUDE - PJE
DGOS: Gerências de Controle e Avaliação
Roberto Calisto
Médico Autorizador / SUS - CRM 58701/RJ
CPF: 077.966.174.61

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	2 - 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	
Elcio Augusto de Lins	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
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
12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)	
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	27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
Protese Amputação D	0408050551
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
Placa em L Lesões	070203097001
31 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE.	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
	2012/17
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. João P. de F. Romão	
Ortopedia e Traumatologia	
CREMEPE 22622	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - Cód. CRODO EMISSOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - Cód. CRODO EMISSOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



 08 MAR 2012



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<i>Nota a fratura do clavícula R + foto nãoe direta</i>			
Condições que justificam a internação			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RX			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURAS DE CLAVÍCULA			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
Local	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
Milton Teodoro de Mendonça		18/12/2017	
OBSERVAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
() Acidente de Trânsito	() Acidente de Trabalho	Nº Bilhete	Série
() Acidente de Trabalho Típico	() Acidente de Trabalho Trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa
Vínculo com a Previdência		CBO	
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

SECRETARIA DE SAÚDE - AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Cód. Órgão Emissor		Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
MARIA CECILIA MAC DOWELL		SUS - CRM 58.616/PL			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador				
(X) CNS () CPF	20153336655007				
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)				

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS 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-PE

ENDEREÇO: Rua Vinte e Dois n° 01
Alto Dois Carneiro

NOME DA MÃE: Genereza Maria de Lima

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 18/12/17 CID: 582.1

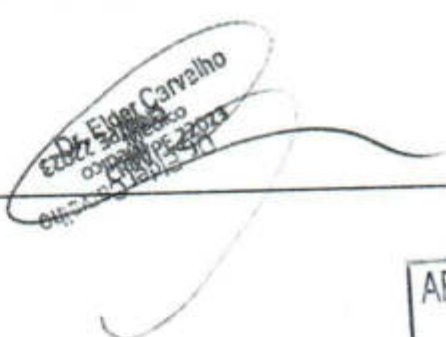
DIAGNÓSTICO: Fratura de Placa Tibial

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura do Placato tibial direito
Exploração Articular Claui Simples
tenia de Médias Grandes Articulações

MÉDICO: Leonardo Silveira

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GURARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.


Dr. Elder Carvalho
Médico
CREMEPE 22023
MÉDICO

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

Sumário de Admissão e Alta

Nome: LUIZ ALBERTO DE LIMA

Prontuário: 746368

Atendimento: 144424

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 02

Diagnóstico: Inicial (Constante no Laudo Médico):

FRATURA DE CLAVICULA

CID: S420

Procedimento: Solicitado:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Ampliação: 0408010150

0408010150

Procedimento: Solicitado:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

Colaborador: CAVALCANTE JOSE HAZEDO COIMBRA JUNIOR

1. Auxílio Cirúrgico: DUILIO TINOCO BRANCO DE ALBUQUERQUE

2. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DEANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti - Eb

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

SECRETARIA DE SAÚDE-PJ/PE
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora/SUS - CRM: 8922
CPF: 198.725.884-49

PROCEDIMENTO SUBMETIDO A EXAME DE SUPLENÇÃO SEM INTERFERÊNCIA

Diagnóstico Principal: S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Diagnóstico Secundário:

Indicação da Alta:

Reoperado

Data de Entrada: 07/12/2017

Data da Alta: 18-12-17

Dias de Hospitalização:

08

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25478

D. Ranilson Pinto
Médico
CRM: 25478

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

C.G.C.

09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CNS: 702604214366544

Atendimento: 71114

NOME DO PACIENTE

Paciente: 1046970 ELIAS ARAUJO DE LIMA

DATA DO NASCIMENTO

Clinica: CORREDOR SUL

Leito: COR-324

Nasc.: 09/07/1966 Idade: 51 Anos 4 Meses Sexo: MASCULINO

Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA

NOME DA MÃE:

End.: RUA VINTE E DOIS

Nº: 1

Bairro: ALTO DOIS CARIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Telefone: 558184590840

Data At: 30/11/2017 00:1

ENDEREÇO: (AV./RU)

Nº DO PRONTUÁRIO:

1046970

Nº

BLOCO:

APTº

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente de moto (sic) hoje, 28.11.17.
Lesões fx clavícula (D) + lesões costais + lesões tórax
(D).

EXAME FÍSICO:

Exame físico - M.D. + M.M.I.
M.D. - M.D.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:

SECRETARIA DE SAÚDE-PUBLICA
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mat. Dowell
Médica Auditora/SUS - CRM: 8922
Médica - 298.725.884-49

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fx clavícula + fx tórax tórax

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Internamento

CÓDIGO:

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:

traumatologia

CARATER DA INTERNAÇÃO:

Uniflex

DATA: 29/11/17

DATA: ____/____/____

DR. VÍCTOR ALBUQUERQUE
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22.961

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

Hospital Memorial de Jaboatão

Senha 390343

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

ELIAS ARAUJO DE LIMA


Paciente internado neste
hospital com Fratura de
Clavícula D + Fratura platô tibial
D, foi necessário em 1º tempo
a realização do 1º Cirurgias
de fratura clavícula D + colocação
de fios de Kirschmann + peroneo.
Agendamos um outro tempo
p/ Frat. platô tibial D.

SECRETARIA DE SAÚDE-PJGPE
DECS - Gerência de Controle e Avaliação
Mário Costa M. M. D. D. D.
Medicina - Avaliação - 2013-05-22
Ft 209 725 884-49

Dr João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 22622

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

	Sistema União 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		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5 3 5 6 0 6 7
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		4 - CNES 5 3 5 6 0 6 7

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1 - NOME DO PACIENTE <i>Elas Araújo Lima</i>		
7 - DATA DE NASCIMENTO DE FIM DE 1988	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO M: 1 F: 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA Nº 3 1988)	14 - CÓDIGO MUNICIPAL	15 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - 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 - JUSTIFICAÇÃO DE DURADA DE UTILIZAÇÃO DE DIÁRIA 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	31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31-OTDE
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-OTDE
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-OTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO ACOMPANHANTE + PERMANÊNCIA MAIOR.
Temografia.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18.12.17
41 - DOCUMENTO 42 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ORÇÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO 48 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

ARIANA SEGUROS
 08 MAR 2018

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 144424

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Cartão SUS : 702604214366544

Convênio: SUS - INTERNACAO

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

Cônjuge:

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 GUARARUF:

Médico: MILTON TELES DE MENDONCA

CRM: 6262

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINIITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data: ____/____/____ - Hora de Saída: ____:____h - Médico: ____

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

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



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO

João Paulo Romero
Ortopedia, Traumatologia
CREMEPE 22622

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

Unidade: OSVALDO MACEDO JUNIOR
Endereço: Rua 14 de Abril, 1400
Fone: 14-3761
Fax: 14-3761

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: ELIAS APARECIDO DE LIMA
Identificador: 144424
Sexo: Masculino

Prontuário: 746368
Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 02
Idade: 51 Anos, 4 Meses e 28 Dias

Procedimento: 5420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Operatório:

Procedimento Realizado(s): NEUROLISE (cod: 040302371-7)

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (COD:040801015-0)

Data: 07/12/2011

1. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
2. 1. Auxílio Cirúrgico: DUILIO TINOCO BRANCO DE ALBUQUERQUE
3. 2. Auxílio Cirúrgico:
Instrumentador:
4. Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PERIFÉRICO
5. Anestesia:
6. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
SITIO E ANTISSEPSE
MARCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INSERÇÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
INCISÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DO LUXACAO
LUXACAO POR PLANOS SUPRA-CLAVICULAR
LUXACAO POR PLANOS SUPRA-CLAVICULAR E PERI-CLAVICULAR INTRAMEDULAR
LUXACAO POR PLANOS
LUXACAO POR PLANOS
LUXACAO POR PLANOS

Dr. Osvaldo Coimbra Jr
Ortopedia / Traumatologia
CRM - RJ 16658

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM - RJ 16658

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>VALERIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1422201157</p> </div> <div>  </div> <div> <p>1405300053 RT PR</p> <p>CPF: 497.134.934-00 DATA NASCIMENTO: 09/07/1966</p> <p>FILIAÇÃO: ANTONIO ARAUJO DE LIMA GENOVEVA MARIA DE LIMA</p> <p>PERMISSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> LCC: <input checked="" type="checkbox"/> CAT. HAB: <input checked="" type="checkbox"/> AB</p> <p>Nº REGISTRO: 06611126578 VALIDADE: 27/10/2020 1ª HABILITAÇÃO: 03/05/2016</p> </div> </div>							
<p>OBSERVAÇÕES</p> <p>EAR</p>							
<p><i>Elias Araujo de Lima</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>							
<p>LOCAL: JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE DATA EMISSÃO: 05/05/2017</p> <p><i>Odetez Anderson Sousa Ribeiro</i></p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p>69238548679 PE079167926</p> <p>PERNAMBUCO</p>							

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013433254639	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.O.	EXERCÍCIO
1	554938685	*****	2017
NOME			
SEVERINO RAMOS DA SILVA			
JAB GUARARAPES-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
400.081.854-68		PGK0773	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** / PE		9CZKC1660DR540369	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX		2013	2013
CAP. / POT. / CL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2017 QUITADO		1º	*****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	*****
1	*****	3º	*****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. BANCO HONDA SA OBRIGATORIO			
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
LOCAL		DATA	
JAB GUARARAPES		10/07/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PE			

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?

[☒] 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)?

[☒] 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
(X) 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
"Cristo Redimiu 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 médico-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:

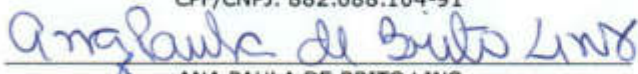
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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:

Nacionalidade:

Profissão:

Identidade:

Endereço:

Elias Araujo de Lima	
Brasileira	Estado civil:
1405300053 NTE CPF: 497.134.939-00	

OUTORGADO:

Nome:

Nacionalidade:

Profissão:

Identidade:

Endereço:

Ana Paula de Brito Lima	
Brasileira	Estado civil: Solteira
3.742.426 SSP/PE CPF: 882.688.109-91	

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.


Salvador 22/02/18
LOCAL E DATA:

2º OFÍCIO

Elias Araujo de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

 <p>2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS</p> <p>Reconheço, por Autenticidade a firma de: ELIAS ARAUJO DE LIMA Dou fe em 22/02/18 11:13:12 em testemunho da verdade. KATLEEN EDUARDA COUTINHO DE MELO - Escrevente Encl R\$ 3,99 TSNR R\$ 0,80 Total R\$ 4,79 Selo Digital: 0074914.01B02201802.02086. Consulte www.tico.jus.br/seledigital</p>	<p>Bel. NELSON CAVALHO FILHO - Titulo em exercicio Rua Aurio Lima de Andrade, 380 - Pódele Jardim dos Guararapes - PE - CEP 54490-300 Tel: (071) 3341-5513</p>
---	--

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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 29/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIAS ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

ANA PAULA DE BRITO LINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ABENILDA MARIA BARBOSA