



Número: **0045881-02.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIAS ARAUJO DE LIMA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74488661	02/02/2021 15:00	2758445_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00458810220198172001

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

DO LAUDO PERICIAL

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

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido, no joelho direito e no ombro direito, todavia, em sede administrativa foi apurada a presença de sequelas somente no joelho direito, sendo efetuado o pagamento do valor de R\$1.687,50, conforme demonstrado abaixo:



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

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no ombro direito em grau médio (50%) e no membro inferior direito também com repercussão média (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no membro inferior direito completo, bem como, no ombro direito tendo em vista que em sede administrativa não foi encontrada qualquer sequela no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, o membro superior esquerdo possuía amplitude de movimentos preservada, sem a presença de sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 29 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 02/02/2021 15:00:21
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020215002104900000073007646>
Número do documento: 21020215002104900000073007646

Num. 74488661 - Pág. 3



Número: **0045881-02.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIAS ARAUJO DE LIMA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74488666	02/02/2021 15:00	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: 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

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

Pág. 0073/007323 - Versão_03 - 06/04/2018

000001381

Carta nº 134613802



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: 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

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 13483007

Proj. 0003100602 - univ_01 - [INVALIDAR]



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: 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

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 conclusiva

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

Pág. 00430505440 - nome_03 - #00430542

00000220

Carta nº 12634907



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: 28/11/2017
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%

Gratificação: Em grau médio 50%

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

Valor a Indenizar: 12,50% x R\$ 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 Invalides 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

Pag. 0123791238--canh_1581 - INVALIDEZ

00012625





145000

County of Los Angeles

Senhor(a),

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

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**
Vítima: **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

Pág. 01380109717 - data_09 - 19/10/2018

00000007

Carta nº 13480335



Contact at 135379450

Senhor(a),

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

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 88. 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

Pág. 01/00710-008--apex_02 -DPVAT-12512



Cartão nº 13815079





Senhor(a),

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

Contact us - 1 800 229 632





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 86. 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

Pág. 01/00710 1908 -- 00000_03 -- 00000_03002



Cartão nº 16031109



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

Pág. 20/200135 - 10000_09 - 10000_13522



Carta nº 14116028



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

Pág. 01802071828 --capa_09 --INVAL_12012



Carta nº 14530159





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 (800) 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 9 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").

Numero do Sinistro ou Aô: CPF do Vítima: Nome completo do vítima:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular de conta	Profissão
ELIAS ARAUJO DE LIMA	493.124.934-00	RECURSO
Endereço	Numero	Complemento
RUA VINTE E NOIS	01	
Bairro	Cidade	Estado
DOS CARNEIROS	JOIQUATO	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	54210-100	

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

☐ RECURSO 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\$ 7.000,00

☒ **CONTA POUPEMANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRDESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (041)
☒ **CASA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
BANCO: NÚMERO:

AGÊNCIA: D/V: CONTA: D/V:

(Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação)

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.

Recibô, de R\$ de R\$ de R\$
Local e Data

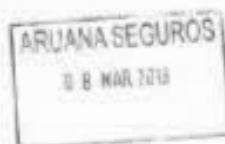
Elias Araujo de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPFF 003 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA 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: **MUNICÍPIO DE MORENO, 1, BR. 232 KM. 21 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO 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: **97/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS CARNEIRO (BAIRRO), 1, RUA VINTE E DOIS - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS CARNEIROS - JABOATÃO 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: **POK9773** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**



05/02/2018 11:10



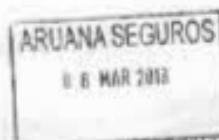
Complemento / Observação

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 JABOATÃO, 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 Araújo de Lima
ELIAS ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)

R.B. Barros
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 interdita 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 ARDUO DE LIMA

CPF da Vítima

479.134.934-00

Data do Acidente

29/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 de 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 extensão do grau de 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 discordante do seu resultado.

Rod. DF 001 - 03 - 15

Local e Data

Elias Arduo de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL 001 0001/0001

ARUANA SEGUROS
13 MAR 2018





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
Coord. SAMU
309197

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

ARJANA SEGUROS
11 03 MAR 2018

Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Senhora de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54.800-000
3535.2809



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

Contas de Serviços de Telecomunicação

MODE PRO GI FIXO ILIMITADO E FALE QUANTO QUISER.



FILED

ELIAS ARAUJO DE LIMA
RUA VINTE E DOIS, 1
DOIS CARNEIROS
54280-100

[illegible]

5-42902-1 (CD)

JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

[illegible]

PROX. AN. VERDUGAS

$$\begin{array}{r} 1831 \\ 3124 \\ 2723 \\ \hline 8287 \end{array}$$


ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013





ATENDIMENTO: DIA DOZE DE AGOSTO HOR. 08:54 - FOTO RECIFE
PE 58791-400

ARUANA SEGUROS
11 8 MAR 1973





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 SEIXAS
02 ABR 2018

ralider.com.br

o Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários para a seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade perante a Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar 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 0331204 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 SUSEP 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**¹.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

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 atividades suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.131/96.

Pelo exposto, eu, ANA PAULA DE BRITO LIMA Inscrito(a) no CPF sob o nº 882.058.104/01,
na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário ELIAS ARAUJO DE LIMA Inscrito(a) no CPF sob o nº 493.134.934/00 da sinistro de DPVAT cobertura AVULSÃO da vítima ELIAS ARAUJO DE LIMA Inscrito(a) no CPF sob o nº 493.134.934/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

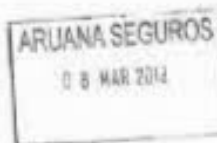
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
AV. MARIA ANOUSTA NUNES	02	
Bairro	Cidade	CEP
BOQUEIRÃO	SABOIA DOS GUARATAPES	56280-395
E-mail	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

BOQUEIRÃO de 03 de 2014
Local e Data

Ana Paula de Brito Lima
Assinatura do Declarante



SLERL001 1909/1917



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

FAT.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: Elcio Araújo de Lima

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

RG: 1405300053 ORGÃO EMISSOR: MT-PG

ENDEREÇO: Rua Lente e Dois n° 01

Alto dos Carmos

NOME DA MÃE: Generosa Maria de Lima

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/12/17 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavícula

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Clavícula Direita + Neurectomia

MÉDICO: Orivaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.

Dx. Orivaldo Coimbra
Médico
CRM 2018

MÉDICO

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018



Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMERO
Data: 18/12/2017
Hora: 13:24

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ELIAS MARCO DE OLIVEIRA

Prontuário: 746368

Atendimento: 149764

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: EXP-12 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Conforme no Laudo Médico):

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CID: S821

Procedimento Solicitado: 0408250351 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408250351 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA
02. 1. Apoio Cirúrgico: RAYLSON FRANCISCO DE SOUSA RÊGO
03. 2. Apoio Cirúrgico
04. 3. Apoio Cirúrgico
05. Dentes Acolitos Cirúrgicos:
06. Anestesiologista: DIANA SOUZA CARVALHO DOS ANJOS
07. Outros:
08. Outros:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - RH
- ☒ Uso de Prótese Óssea
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo de Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S821 - FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: *Alta médica*

Data de Internação: 18/12/2017

Data da Alta: 20/12/17

Dias de Hospitalização:

dias (s):

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMERO

CRM: 22622

SECRETARIA DE SAÚDE - PUGNA
DIRETORIA DE Clínica Cirúrgica e Anestesiologia
Rua Antônio Carlos
CEP: 54140-000

ARUANA SEGUROS

18 MAR 2018

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54140-000

TELEFONE: 3482-9886 - www.hmjpb.org



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELIAS BRASO DE LIMA

Profissão: 746368

Atendimento: 145768

Unidade de Internação / UNID: ENF 12 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré-Operatório: S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0428050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

0428060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

DATA: 18/12/2017

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxiliar Cirurgião: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA RENTO

03. 2. Auxiliar Cirurgião:

Instrumentador:

Anestesiologista: RAQUE RIBEIRO

06. Anestesiologista:

07. Anestesiologista: DIANA SOUZA CAMATO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DÉCUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSE E ANTISEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS

INCISÃO ANTERO-LATERAL EM JOELHO DIREITO

ABERTURA POR PLANO

VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA

REDUÇÃO DO SEGMENTO FRATURÁRIO

APOSIÇÃO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS

LAVEREM COM SPD 9%

SUTURA

CURATIVO

OS UTILIZADO INTENSIFICADOR DE IMAGEM DURANTE PROCEDIMENTO


Dr. Leonardo Silveira
Otorrinolaringologista
CRM 16112 - 25/10/2010 AD 4/11/16


Dr. Leonardo Silveira
Otorrinolaringologista
CRM 16112 - 25/10/2010 AD 4/11/16

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA RENTO

CRM: 25478

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 144424 Nascimento: 09/07/1966
Responsável: Prontuário: 746368 Sexo: Masculino
Nome: ELIAS BRAUNO 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:
Cirurgia: Estado Civil: Cartão SUS: 702604214366544
Nome da Mãe: GENEVIEVE MARIA DE LIMA Nome do Pai: ANTONIO MARIA DE LIMA
Endereço: RUA VINTE E DOIS, DOIS CARNEIROS, CEP: 34290100, Nº 30, JARDIM DOS GUARARAPES - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA Enfermeiro / Leito: ENF 12 - LEITO 03
Médico: HILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6362 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NÃO

EXAME FÍSICO GERAL:

ESTABILIZADO, AFEITO, COM EDMA PERNA DIREITA

AP - CARDIO - VASCULAR:

NÃO

AP - RESPIRATORIO:

NÃO

ABDOMEN:

NÃO

AP - GENITO - URINARIO:

NÃO

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA+FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINIDO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

HILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6362

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018

Av. General Manoel Rabelo - Nº125 - Centro - Jaqueirão dos Guararapes - CEP: 34160-000
TELEFONE: 3482-9888 - www.hvjppe.org



Paciente em seu 2º
tempo foi realizado
O.T. Cirurgico de Fratura
plavante Tibia D + explorar
Articula + Colocação de Placa
e parafusos

Dr. João Paulo Romero
Especialista Traumatologia
CRM 22622

14.02.18

SECRETARIA DE SAÚDE - PJE
INSTR. 001/2016 de 01/02/2016
Assinado eletronicamente
por: Dr. João Paulo Romero
CRM 22622

ARJANA SEGUROS

08 MAR 2018



Anexo I

 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 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO				2 - CNES 5.356.067			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO				4 - CNES 5.356.067			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE Carlos Augusto de Jesus				6 - VÍDEO PRONTUÁRIO ☐			
7 - DATA DE NASCIMENTO 				8 - SEXO 			
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL 				10 - NOME DO RESPONSÁVEL 			
11 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA 				12 - CID - CID-9 PRINCIPAL 			
13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA 				14 - CID - CID-9 SECUNDÁRIO 			
15 - CID - CID-9 TERCIO 							
16 - CID - CID-9 QUARTO 							
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 				19 - CID-9 DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 				21 - CID-9 DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 			
22 - CID-9 DO PROCEDIMENTO 				23 - CID-9 DO PROCEDIMENTO 			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Protese de Replacimento de Quadril				25 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 86.22			
26 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO 				27 - DATA DE TÉRMINO DO PROCEDIMENTO 			
28 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 				29 - DATA DE TÉRMINO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 			
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 				31 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 				33 - CID-9 DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 			
34 - 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							
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				36 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 			
37 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				38 - DATA DE ASSINATURA 20/02/2021			
39 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				40 - DATA DE ASSINATURA 			
41 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				42 - DATA DE ASSINATURA 			
43 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				44 - DATA DE ASSINATURA 			
45 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				46 - DATA DE ASSINATURA 			
47 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				48 - DATA DE ASSINATURA 			
49 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				50 - DATA DE ASSINATURA 			
51 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				52 - DATA DE ASSINATURA 			
53 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				54 - DATA DE ASSINATURA 			
55 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				56 - DATA DE ASSINATURA 			
57 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				58 - DATA DE ASSINATURA 			
59 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				60 - DATA DE ASSINATURA 			
61 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				62 - DATA DE ASSINATURA 			
63 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				64 - DATA DE ASSINATURA 			
65 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				66 - DATA DE ASSINATURA 			
67 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				68 - DATA DE ASSINATURA 			
69 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				70 - DATA DE ASSINATURA 			
71 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				72 - DATA DE ASSINATURA 			
73 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				74 - DATA DE ASSINATURA 			
75 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				76 - DATA DE ASSINATURA 			
77 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				78 - DATA DE ASSINATURA 			
79 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				80 - DATA DE ASSINATURA 			
81 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				82 - DATA DE ASSINATURA 			
83 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				84 - DATA DE ASSINATURA 			
85 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				86 - DATA DE ASSINATURA 			
87 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				88 - DATA DE ASSINATURA 			
89 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				90 - DATA DE ASSINATURA 			
91 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				92 - DATA DE ASSINATURA 			
93 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				94 - DATA DE ASSINATURA 			
95 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				96 - DATA DE ASSINATURA 			
97 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				98 - DATA DE ASSINATURA 			
99 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 				100 - DATA DE ASSINATURA 			





FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CODIGO

F.A.T.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 Araújo de Lima

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

RG: 1405300053 ORGÃO EMISSOR: MT-PE

ENDEREÇO: Rua Santa e Nova n.º 01

Alto do Carmo

NOME DA MÃE: Generosa 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 Multo
Exposicao Articular Lox S/ Simples
tenia de Medias Grandes Articulações

MÉDICO: Leonardo Silveira

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GUARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018

ESTY SARD
ESTY SARD
ESTY SARD
MÉDICO

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

Declaro: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA RÊTO
Data: 07/12/2017
Hora: 14:17

Sumário de Admissão e Alta

Nome: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA RÊTO

Prontuário: 746368

Atendimento: 744437

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Setor: Ortopedia

Leito: ENF 12 - LEITO 02

Diagnóstico: Lesão do tendão do m. supraespaço

FRATURA DE CLAVÍCULA

CD: 0408

Procedimento: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

040810150

Procedimento: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Unidade: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

1. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

2. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

3. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

4. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

5. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

6. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

7. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

8. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

9. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

10. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

11. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

12. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

13. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

14. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

15. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

16. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

17. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

18. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

19. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

20. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

21. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

22. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

23. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

24. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

25. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

26. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

27. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

28. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

29. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

30. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

31. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

32. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

33. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

34. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

35. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

36. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

37. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

38. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

39. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

40. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

41. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

42. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

43. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

44. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

45. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

46. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

47. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

48. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

49. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

50. Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

SECRETARIA DE SAÚDE PIAUÍ
DGOB - Gerência de Controle e Avaliação
Márcia Cecília Mac Dowell
Médica Auditora - CRM 8922
CPF: 396.725.884-09

X maior

☐ Uso de Prótese Ortopédica
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxiesteróides
☐ Nutrição Parenteral

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA RÊTO

CRM: 75473

Assinatura

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA

Assessoria: 040810150 - FRATURA DE CLAVÍCULA





SES.PUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

C.G.C.

09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME DO PACIENTE		CNS: 722604214366544		Atendimento: 71174	
DATA DO NASCIMENTO		Paciente: 1046970 ELIAS ARAUJO DE LIMA			
NOME DA MÃE		Clínica: CORREDOR SUL		Leito: COR-35	
ENDEREÇO (AV, RUA)		Nasc: 09/07/1966 Idade: 51 Anos 4 Meses Sexo: MASCULINO		Nº DO PRONTUÁRIO: 1046970	
		Mãe: GENEVÊ MARIA DE LIMA			
		End: RUA VINTE E DOIS		NP: 1	
		Bairro: ALTO DOS CARCIS		Data At: 30/11/2017 08:11	
		Telefone: 558184590840			
MUNICÍPIO		UF		CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
HISTÓRIA CLÍNICA: <i>Acidente de moto (t.c.) no dia 14/11/17. Lesão fx clavícula (t.c.) e fratura do rádio (t.c.).</i>					
EXAME FÍSICO: <i>Presença de MIO + MUI. No antebraço em MIO.</i>					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES: <i>Rx</i>					
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>fx clavícula + fx rádio t.c.</i>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Internamento</i>					
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE: <i>Tramadolona</i>					
CARACTER DA INTERNAÇÃO: <i>Uniflex</i>					
DATA: 28/11/17		DATA: ____/____/____			
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: <i>Hospital Memorial de Fátima</i>					
Número: <i>390343</i>					
ARUANA SEGUROS					
08 MAR 2018					
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO					
DATA DO ENCAMINHAMENTO					

Paciente internado neste
hospital com Fratura de
clavícula D + Fratura platô tibial
D. foi necessário em 2º tempo
a realização do 1º Cirurgias
de fratura clavícula D + colocação
de fios de Kirschmann + peróxido.
Agendamos um outro tempo
p/ Frat. Platô tibial D.

Dr. João Paulo Ramiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 22622

Dr. João Paulo Ramiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMEP 22622

ARUANA SEGUROS

11 0 MAR 2018



[illegible]

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 144424

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Cartão SUS: 702604214366544

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Responsável:

Observação:

Prontuário: 746368 Data/Hora: 30/11/2017 16:30:40 Naturalidade:
 Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA Data de Nascimento: 09/07/1968 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 Bairro: DOIS CARNEIROS
 Endereço: RUA VINTE E DOIS
 CEP: 54290100 Cidade: JABOATÃO DOS GUARARUF:

Médico: MILTON TELES DE MENDONÇA CRM: 5262
 Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATÓRIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINÁRIO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

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

Data: - Hora de Saída: - Médico:

Av. Garibaldi Roberto, 125 - Centro - CEP: 54190000 - Jaboatão dos Guararapes - PE
 Telefone: (011) 2482-9888 - www.hmjpe.org

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2018



Relatório Geral de Cirurgias

Unidade: 11125 - ANEXO DE CLINICA

Emprego: 144624

Função: Cirurgião

Previdência: 743269

Unidade de Internação / Leito: 059-12 - LEITO 02

Idade: 51 Anos, 4 Meses e 28 Dias

1. / PA-Cirurgia: PAUS - PAUS (PAUS-17-1)

2. / Cirurgia:

3. / Cirurgia: 059-12 - LEITO 02 - PRECORT - 1

REALIZANDO CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA (COD 743269-15-01)

4. / Cirurgia:

5. / Cirurgia: OSWALDO YVES MACEDO CORDEIRO JUNIOR

6. / Cirurgia: OSWALDO YVES MACEDO CORDEIRO JUNIOR

7. / Cirurgia:

8. / Cirurgia:

9. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

10. / Cirurgia:

11. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

12. / Cirurgia:

13. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

14. / Cirurgia:

15. / Cirurgia:

16. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

17. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

18. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

19. / Cirurgia: CIRURGIA DE FRATURA CLAVICULA DIREITA

20. / Cirurgia:

21. / Cirurgia:

Dr. Oswaldo Cordeiro Jr.
Cirurgião - Traumatologia
Cirurgia de Fratura

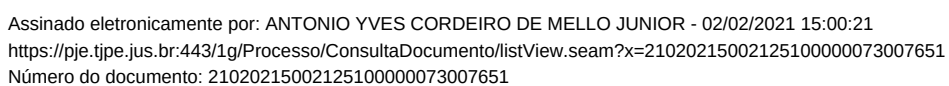
OSWALDO YVES MACEDO CORDEIRO JUNIOR

(Assinatura)

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



ARUANA SEGUROS
11 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 de análise: 07/05/2018

Valoração do EML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA,
FRATURA DO PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITOResultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequelas

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT 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 AMO

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

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. Nexô 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 07/01/18, QUANDO RECEBEU ALTA AMBULATORIAL. REALIZOU AINDA 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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

[X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 sequelas permanentes" (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 - 140300032) ALÉM DE CPF - 487.134.834-05. NO SISTEMA, EM SEU
PROCESSO, CONSTA RG DE OUTRA PESSOA (MULHER POR NOME ANA PAULA). VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA
ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/06/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO
FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Ryssa Silva Lúcia Mourão
Médica
CRM-40/22116
"Sempre aqui pelo seu bem"

Ryssa Silva Lúcia Mourão - CRM: 22116 - PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder do
Credenciado da Seguros DPVAX

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

Ana Paula de Brito Lins
ANA PAULA DE BRITO LINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Jayvelli de Oliveira Cabral
Jayvelli de Oliveira Cabral



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Eduardo Antonio de Lima		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	
Profissão:			
Identidade:	140.530.005.3 NT PE CP 432.136.989-00		
Endereço:			

OUTORGADO:

Nome:	Ana Paula de Brito Lima		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	solteira
Profissão:			
Identidade:	3.242.926 SSP RJ 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.

Assinatura 22/02/18
LOCAL E DATA

DELEGO

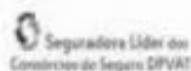
Eduardo Antonio de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS Reconheço por Autenticidade a firma de EDUARDO ANTONIO DE LIMA, Rua 18 de Novembro, 1135/1137, em testimony, Valéria, ANTELA EDUARDO COSTA DE MELLO - Secretária, com R\$ 1,40 taxa de 0,50 total R\$ 1,90, pelo valor de R\$ 1,40, em 08/03/2018.	ARUANA SEGUROS 8 MAR 2018
--	--



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084968/18

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 chancele 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: ALENILDA MARIA BARBOSA

CPF: 028.384.674-40

ANA PAULA DE BRITO LINS

ALENILDA MARIA BARBOSA

