

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6177697

A/C: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Sinistro: 3150036252
Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Data Acidente: 05/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6264783

A/C: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Sinistro: 3150036252
Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Data Acidente: 05/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000041827-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00
Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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

Nome do(a) Examinado(a): Daniel Lucas Sansao Farias de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sumaré, 41
Jatobá Olinda PE CEP: 53250-531
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8594169
Data local do exame: [27/01/2015] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura de processo estiloide do radio esquerdo e escafoide, apresenta bloqueio de dorsiflexão da mão esquerda com limitação de força

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Realizou tratamento conservador

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Bloqueio moderado de dorsiflexão da mão com limitação de preensão

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MAO ESQUERDA

% 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

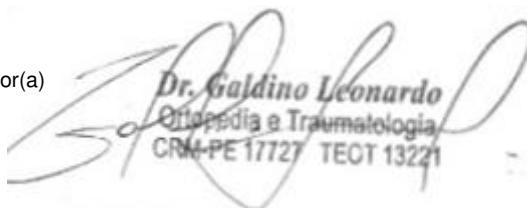
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Galdino Leonardo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 17727 TEOT 13221

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: 30/01/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000041827-0

Nr. da Autenticação 8C6990F44DA536AE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Lucas Sena dos Santos Forças de NeloRG nº 8594169, data de expedição 16/10/2012 Órgão SDS

CPF nº 098 440 734-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Sumaré, 41</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jatobá</u>
Cidade	<u>Olinda</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53250-531</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 87325642</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

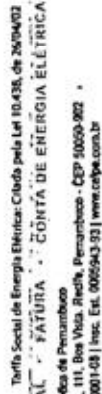
Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Daniel Lucas Sena dos Santos Forças de Nelo

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Círculo pela Lei 10.438, de 26/04/02

EROMUSCADA PHIDIAE CONSUMIDORA

JATOBA OLINDA
OLINDA PE
53 250-531

0043813021 09/2014

DATA 18/09/2014 07:07:20

TOTAL A PAGAR (R\$)	15 91
---------------------	-------

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Contribuição para a Manutenção Pública
Multa por atraso - R\$ 000370389 - 08/09/14
Juros por atraso - R\$ 000370389 - 08/09/14
CAMPAÑA DOAÇÃO (NÃO reembolsável)

PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
0,12611559	3,64
0,21862672	6,00
	1,91
	0,28
	0,02
	0,98

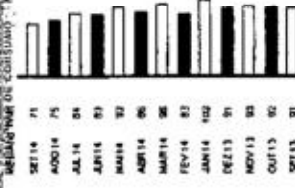
(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda
12 JAN. 2015
PROTOCOLO

TOTAL DA FAMILIA

DENOMINATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEMBRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR LITURA CORRETA	ATUAL LITURA CORRETA	Nº DE CONSTATES DAS LITURAS	ADJUNTE -
--------------	----------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------

—



—

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
12,34	1,02	0
12,34	4,50	0

Copyright © 2006 by Taylor & Francis
 ISBN 0-7656-1300-0
 Printed in the United States of America
 This book is printed on acid-free paper.

0.12001 0.0001
0.12001 0.0001

ON 10 75 AM CANTERBURY AIRPORT CAS 5358

[illegible]

As a candidate for governor, the first thing I did was to get the facts straight. I visited the state's 100 counties, met with thousands of people, and talked to every legislator. I learned that the people of North Carolina were not just looking for a change in leadership, but a change in direction. They wanted a government that would listen to them, that would be accountable to them, and that would work for them. That's why I'm running for governor. I want to be the voice of the people, and I want to make sure that the government is working for them.

CLASSE	VALOR			LIMITE ANUAL
	CLASSE	ESPECIAL	ESPECIAL	
100	0,00	0,00	10,15	30,30
200	0,00	1,00	6,60	13,20
300	0,00	2,00	0,00	0,00

Fonte: dados da empresa.

ON THE ORDER OF THE

Atendimento: 248760

Data e Hora: 05/11/2014 17:32

Senha da Classificação:

0030

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELC Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 28/03/1994 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DALILA FARIAS DE MELO Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: SUMARE

41

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: AMANDABL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Pt. com dor no pescoço e no ombro direito há 10 dias, piorando à noite e com limitação de movimento. Não há trauma recente.

Exame Físico

BOB, com membros superiores normais, sem edema, sem deformidade. MMSS e MMII sem alterações. Reflexos (140) em repouso. Sem alterações. Não há sinais de infecção, trauma ou lesão. Avaliação da sensibilidade normal.

Hipótese Diagnóstica

Lesão do complexo ligamentar do ombro (L)?

Prescrição Médica

1. Dol 750 mg de Paracetamol 4x ao dia por 7 dias.
2. Repouso relativo do membro afetado.
3. Fisioterapia em fisioterapia.

Dr. M.

19h Hipótese com Causa de Fato de Trabalho anterior a este episódio, com lesão ligamentar.

Assinatura e Carimbo/Médico

Felipe Nunes
CRM: 12345

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório ()

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

(EDR)

Sistema: Tec. de Seps Lide

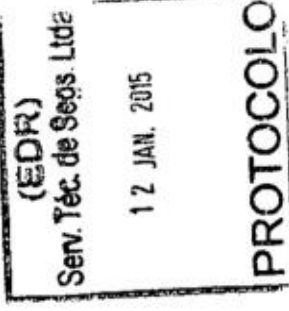
12 JAN. 2015

PROTOCOLO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 248760 Prontuário: 72590 SAME: 63348 Hora Atend: 17:32 Data Atend 05/11/2014
Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Idade: 20 a
Endereço: SUMARÉ
Bairro: FRAGOSO
Cidade: OLINDA
Convênio: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Médico(a)/CRM: PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CID Principal:
Resultado: ALTA APOS MEDICACAO
Hora Saída: 15:40 Data Saída: 06/11/2014

UI: PE CEP: 53250531
Plano: PLANO UNICO



743

ESTADUAL DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ

IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Registro:

Nome:

Daniel Lucas Sampaio

Leito:

Enfermaria:

Clinica:

Enfermaria

Data/Hora

05/10

Paciente com EPR, com sinais
orientados para insuficiência renal e alta, dia
com dieta líquida com 40g de
proteína líquida

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Daniel Lucas Sampaio Registro: _____

Enfermagem: _____ Leito: _____

Clinica: _____

Data/Hora	
05/10	Engenharia de Segurança
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil
	Ocorrência de acidente de trabalho em obra de construção civil

(EDR)
Sen. Téo de Ség. Ltda
12 JAN. 2015
PROTOCOLO



PERNAMBUCO

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

435862

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Donaldu Idade: 20 a

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Queda de cabeça no 1º andar

Hipótese Diagnóstica: _____

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50

< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160

< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

(EDR)

Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

fe de acordo com o E e de acordo com o

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 16:27

Local e data

Helder Medeiros Assis Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM-12852

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Roberto Idade: 20

Sexo: M () F () Profissão: professor Fone:

Endereço Residencial: Alameda Bairro:

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador:
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: () Arma Branca/Tipo:
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar:
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Unidade de Saúde há 1 mês

Hipótese Diagnóstica:

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

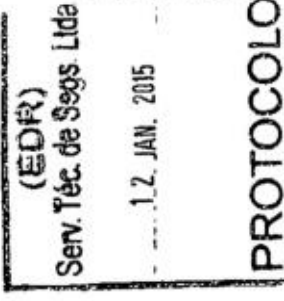
(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 248760 Prontuário: 72590 SAME: 63348 Hora Atend: 17:32 Data Atend 05/11/2014
Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Idade: 20 a
Endereço: SUMARE
Bairro: FRAGOSO
Cidade: OLINDA
Convênio: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA UF: PE CEP: 53250531
Médico(a)/CRM: PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346 Plano: PLANO UNICO
CID Principal:
Resultado: ALTA APOS MEDICACAO
Hora Saída: 15:40 Data Saída: 06/11/2014



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

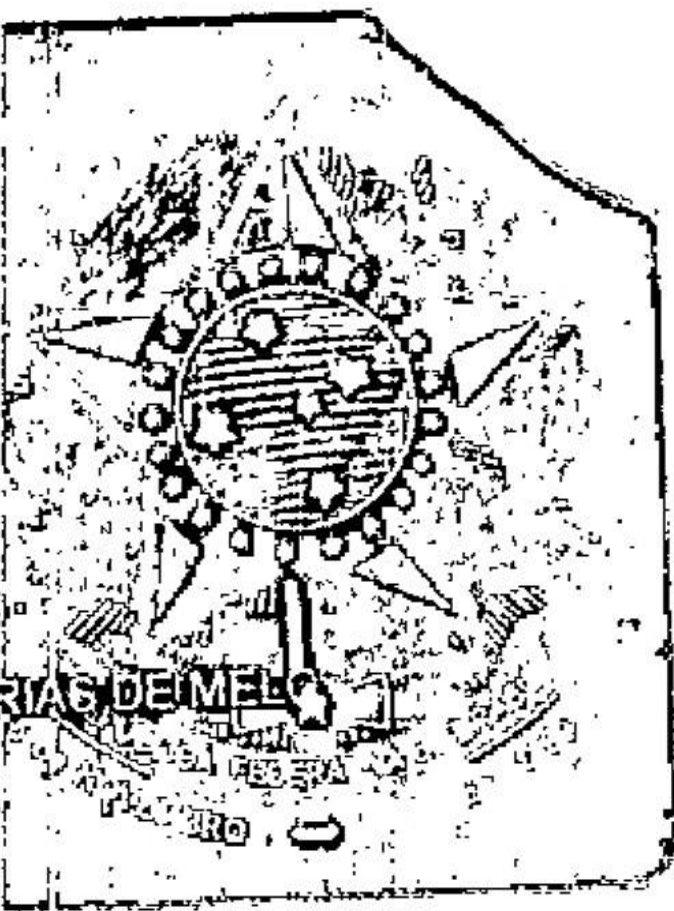
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Polícia Federal

PF

Pessoas Físicas
Identificação

734-05

SANSÃO FARIAS DE MELO



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de

Emissão
NOV/2008



www.com

Vivi Xavier e Gustavo Carneiro curtiram isso.



(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

心快活人.

: AMOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	8.594.169
DATA DE EMISSÃO	16/10/2012
NOME	
<< DANIEL LUCAS SANÇÃO FARIAS DE MELO >>	
FILIAÇÃO	
<< >>	
<< DALILA FARIAS DE MELO >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
OLINDA - PE	28/03/1994
DOC. ORDEM << CN 80435, L-A-69, FL-27, CART. OLINDA-PE 20.07.1994 >>	
CPF 098.440.734-05	

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO



Seguradora Líder - DPVAT

PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniel Lucas Santos Farias de MeloPORTADOR(A) DO RG Nº 8594169 EXPEDIDO POR _____ EM 16/10/2012 ECPF 098440734-05 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Lucas Santos F. de M. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

095553

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA (LULA).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da Receita Federal www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Bras N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0098 N° da CONTA (com dígito, se existir) 41827-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

_____ de _____ de _____

LOCAL E DATA

Daniel Lucas Santos Farias de Melo

/assinatura do beneficiário



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) último(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotranzito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG MARCOS FREIRE

DATA: 07/01/2015 HORA: 19:36:25

TERMINAL: 09171021 CONTROLE: 091710210451

CONTA CREDITADA: 0048.013.00041827-0

NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 50,00

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

CAIXA

Agencia: 0048

Operação: 013

Conta: 41827-0

(EDR)

Serv Téc. de Segs. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DELEGACIA PELA INTERNET

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 1510319001431

Registro de ocorrência realizado via Internet, através da Delegacia Pela Internet de Pernambuco no dia
05/01/2015 às 12:43

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **05/01/2014** no período da
TARDE

Fato ocorrido no endereço: **PE-15 - Bairro: PARATIBE - Município: PAULISTA - Estado: PERNAMBUCO**
Local do fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO : (OUTROS MOTIVOS) , que estava sendo utilizado(a) pelo(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO.

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

(VITIMA) - DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO; Sexo: **Masculino**; Mãe: **DALILA FARIAS DE MELO**; Pai: **NÃO INFORMADO**; Data de Nascimento: **28/03/1994**; Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL**;
Documentos: **8594169 (RG) , 098.440.734-05 (CPF)**; Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**; Telefone de Contato: **NÃO INFORMADO**; Telefone Celular: **(81)8305-7075**;
Endereço Residencial : **RUA SUMARÉ, 41; 53250-531; JATOBÁ; OLINDA; PERNAMBUCO; BRASIL**

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

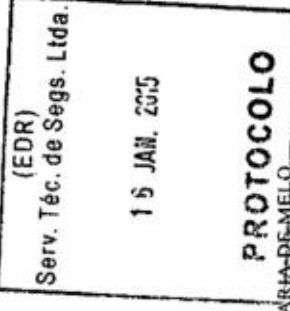
VEICULO (**VEICULO**) que é de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSÃO FARIA DE MELO**

Categoria: **MOTOCICLETA**; Marca do Objeto: **HONDA**; Modelo do Objeto: **CG 125 FAN**; Placa: **PGG3595**; Cor do Objeto: **PRETA**;
Quantidade: **1 (UNIDADE)**; Valor Unitário: **0,00 (REAL)**

Complemento / Observação

INFORMO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM A MOTO PELA VIA CITADA QUANDO ME DEPAREI COM UM BURACO, AO TENTAR DESVIAR PERDI O EQUILIBRIO DA MOTO E CAI. A MOTOCICLETA FICOU COM ALGUMAS AVARIAS, DESTA FORMA VENHO AQUI DEIXAR MEU REGISTRO.

"Válida como certidão, mediante consulta no site oficial da Delegacia Pela Internet/SDS, no endereço eletrônico: servicos.sds.pe.gov.br/delegacia, de acordo com o Decreto nº 26.102, 06 de novembro de 2003."



Boletim de Ocorrência analisado e liberado pelo policial: **CRISTOVÃO SOARES BARRETO - MAT. 151.519-5**

Delegacia pela Internet: A delegacia a serviço do cidadão.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Daniel Lucas Semção Farias de Melo, portador da carteira de identidade nº 8594469 e inscrito no CPF/MF sob o nº 093.440.734-05 residente e domiciliado na Rua Sumaré, 41
Cidade Quindá Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Daniel Lucas Semção Farias de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



1004029

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



Declaração

Eu Daniel Lucas Santana Farias de Melo, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 05/11/2014 fui socorrido por Populares levado ao hospital:

UPA e encaminhado ao Hosp. Miguel Arraes

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc, da mesma forma não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além do boletim de ocorrência policial e a documentação médica apresentada.

"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, se o documento é particular."

Local.....UF.....Data:...../...../.....

Assinatura: Daniel Lucas Santana Farias de Melo

(EDR)
Serv. Téc. de Seg. Ltda

12 JAN. 2015

PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150036252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO **Data do acidente:** 05/11/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150036252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO **Data do acidente:** 05/11/2014 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: fratura de processo estiloide do radio esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio moderado de dorsiflexão da mão com limitação de preensão

Resultados terapêuticos: tratamento conservador

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MÃO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

