Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

30/10/2020

Número: **0036077-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **06/08/2020**
Valor da causa: **R$ 2.362,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO (AUTOR)	**Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)** **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70362916	30/10/2020 16:33	ANEXO 1	Outros (Documento)

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6177697

A/C: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Sinistro:	**3150036252**
Vítima:	**DANIEL LUCAS SANSAO 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00987/00988 - carta_02

00270494

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2015

Carta n°: 6264783

A/C: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Sinistro:	**3150036252**
Vitima:	**DANIEL LUCAS SANSAO 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 SANSAO 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 Vitimas 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, §1° do art. 3° 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

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 SANSAO FARIAS DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000041827-0

Nr. da Autenticação 8C6990F44DA536AE

COMPROVANTE DE RESIDENCIA *1004040*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Lucas Sansão Farias de Melo,

RG nº 8594169, data de expedição 16/10/2002 Órgão SDS,

CPF nº 099 490 734-05, 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)	Rua Sumaré, 41
Número	41
Apto / Complemento	
Bairro	Jatobá
Cidade	Olinda
Estado	Pernambuco
CEP	53250-531
Telefone de Contato	(81) 87325642
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Daniel Lucas Sansão Farias de Melo

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

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

celpe
Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0060943-93 | www.celpe.com.br

DADOS BATISTA DOS SANTOS

CPF: 320.662.174-34 NIS: 20423012890

UNIDADE CONSUMIDORA
JATOBA/OLINDA
OLINDA PE
53250-531

ENDEREÇO ROAL
RUA A RENEW COM NS
Monofásico

0043813021 - 09/2014

19/09/2014 - 07/10/2014

TOTAL A PAGAR (R$) 15,91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30,00000000	0,12411558	3,84
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31,00000000	0,21882873	9,00
Contribuição de Iluminação Pública			1,91
Multa por atraso-NF 000370398 - 09/08/14			0,28
Juros por atraso-NF 000370398 - 09/08/14			0,02
CAMPANHA DOAÇÃO(Não reembolsavel)			0,86

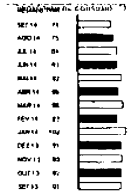
TOTAL DA FATURA 15,91

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
									61,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	12,84	1,07	8,11
PIS	12,84	4,05	0,80
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	7,40	37,03
Transmissão	0,21	1,01
Distribuição (Custos)	2,12	12,79
Encargos Setoriais	0,10	2,08
Tributos	0,13	5,09
Total	12,84	100

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo ate 30 kWh 0,12411558
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,21882873

INFORMAÇÕES DO MEDIDOR

0870 2F00 C500 DC FX GMSA BC02 CAV C 530F

INFORMAÇÕES GERAIS

[redacted]

As correções gerais de faturamento (Portaria de ANEEL 414/2010) serão, quando aplicáveis, realizadas posteriormente e refletirão em uma ou mais faturas a depender do prazo de ciclo, de leitura ou de emissão do seu mês.
www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIAS INTERRUPÇÕES

QUADRIMESTRE	HORAS ANUAIS	LIMITE ANUAL	HORAS MENSAIS	LIMITE MENSAL
	9,00	9,21	10,13	20,10
	0,00	3,10	5,00	12,00
	0,00	2,06	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
220	201	231

Tarifa Cip R$ 15,33 DUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 17,16

MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 248760
Data e Hora: 05/11/2014 17:32

Senha da Classificação: **0030**

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO 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 Estranceiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA **Nr Documento Estrangeiro:**
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Foi queda de motocicleta há 2 h, referindo dor em pé direito e joelho

Exame Fisico

Eupneica, hidratada, corada, orientada, [illegible]

Hipotese Diagnostica

Fratura de calcâneo direito?

Prescrição Medica

1- Sol VO de Dipirona 1 amp pela manhã
2- Manter em repouso relativo
3- Curativo em escoriação

Obs III.
146 Paciente com CIV. Foi feito tala em antebraço etc. para acompanhamento ambulatorial.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residencia
( ) Transferido: Para_____ Senha:_____
( ) Encaminhado ao setor de internação

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR *10040

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

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 248760
Data e Hora: 05/11/2014 17:32

Senha da Classificação: **0030**

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO 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
Pé esquerdo de quando ela [illegible] e ficou [illegible] a coluna em parte lombar e [illegible]

Exame Fisico
BCOR, corpo, [illegible] MMSS e [illegible] em parte [illegible] [illegible]

Hipotese Diagnostico
Fratura de [illegible] [illegible]?

Prescrição Médica
1- Sol TVA de [illegible] pelo grupo de [illegible]
2- Muletas [illegible]
3- Orientar os exercícios
Obs:
14h Discutido caso com Dr. Fábio [illegible] que orientou ate [illegible] ambulatorial.

Assinatura e Carimbo/Médico

Felipe Nunes
Médico
CRM-PE

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residencia
( ) Transferido: Para
( ) Encaminhado ao setor de internação

(EDR)
Setor: Téc. de Seos Lida
12 JAN. 2015
PROTOCOLO

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Emitido por: JACKELINEEFL
Em: 06/11/2014 20:24

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

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

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

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Pernambuco

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP HOSPITAL DA CRIANÇA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Daniel Lucas Santos Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Enfermagem
05/10	Paciente com AB, consciente, orientado, eupnéico, normotenso, aceitando bem dieta pastosa com boa aceitação. Segue [illegible]

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

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Daniel Lucas Santos Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
[illegible]	[illegible]

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

PERNAMBUCO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clinica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA** 455824

Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicilio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: [illegible] Idade: 10 a

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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 Clinica Atual: [illegible]

Hipótese Diagnóstica: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____

Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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 ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50	FC: RN 120-160
< 1 ano 30-50	< 1 ano 90-140
Crianças 20-30	Criança 80-110
Adulto 12-30	Adulto 60-100

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

PROTOCOLO

EXAME REUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5	Obedece ao comando	6
Abertura Ocular a voz	3	Confuso	4	Localiza Estímulo Doloroso	5
Abertura Ocular a dor	2	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Sem abertura ocular	1	Sons Incompreensíveis	2	Descorticação	3
		Sem resposta verbal	1	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 CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )
Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )
Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: _ _____
Oxigênioterapia: 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

fx de fémur direito ⊕ + de escapula.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:_____
Médico Regulador:_____ Hora: 16:27
Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

04/11/19
Local e data

Médico Assistente
Hugo Mendonça Costa Dos Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 13952

PERNAMBUCO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

HMR.

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA** 4558 C2C

Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: [illegible] Idade: 20 a

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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: [illegible]

Hipótese Diagnóstica: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x _____

Vias Aéreas: FR_____ Dispnéia 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 ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50	FC: RN 120-160
< 1 ano 30-50	< 1 ano 90-140
Crianças 20-30	Criança 80-110
Adulto 12-30	Adulto 60-100

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

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

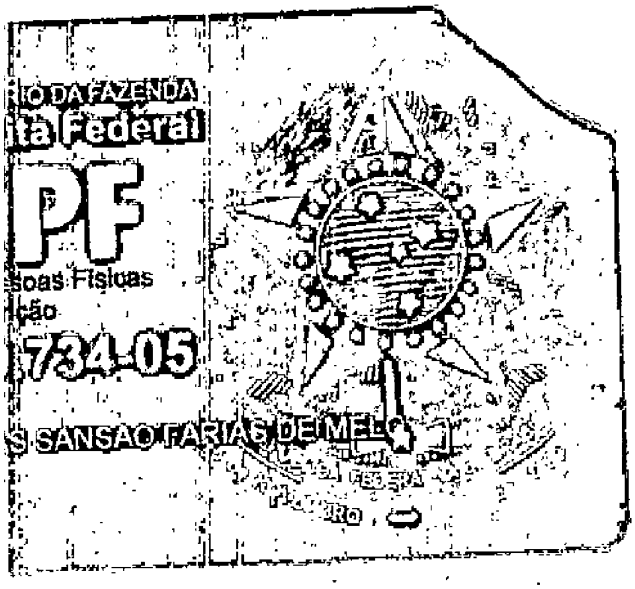
Emitido por: JACKELINEEFL
Em: 06/11/2014 20:24

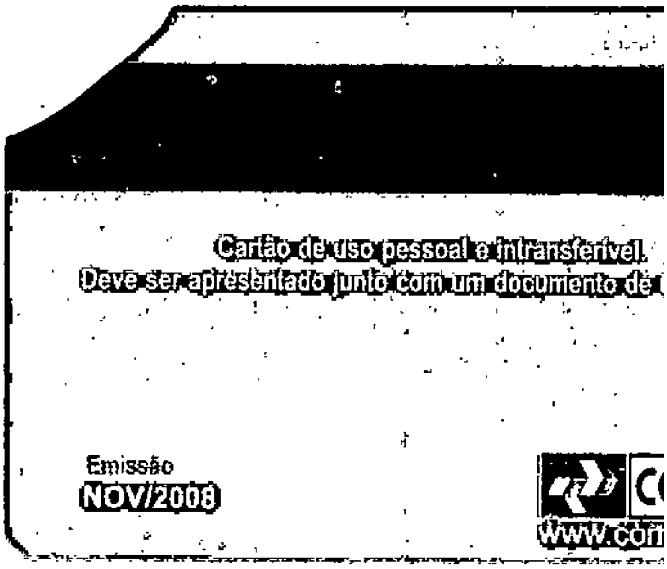
DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

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

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

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR


RIO DA FAZENDA
ita Federal
PF
soas Físicas
ção
734-05
SANSÃO FARIAS DE MELLO


Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de
Emissão
NOV/2008
www.com

Viviane Xavier e Gustavo Carneiro curtiram isso.

AMOR

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.594.169 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/10/2012

NOME << DANIEL LUÇAS SANSÃO FARIAS DE MELO >>

FILIAÇÃO
<< >>
<< DALILA FARIAS DE MELO >>

NATURALIDADE OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 28/03/1994

DOC ORIGEM << CN 80435, L-A-69, FL-27, CART. OLINDA-PE 20.07.1994 >>

CPF 098.440.734-05

DUT "1004032"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE — Nº 01010068235 6

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	530992990	**********	2013

NOME: VIVIANE MELQUIADES DA SILVA

PAULISTA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
070.530.784-00	PGG3595

PLACA ANT/UF	CHASSI
**********	9C2JC4110DR725004

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN K	2013	2013

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/124CIL	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
IPVA 2013 QUITADO		1ª ********
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª ********
1	**********	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES: AL. FID. BANCO ITAUCARD 3A

LOCAL: PAULISTA-PE — DATA: 22/04/13

Maria de Fátima Dezerra R. Costa
Diretora Presidente DETRAN/PE

CONTRAN — DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 01010068235 6 — BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	CPF/CNPJ	PLACA
2013	070.530.784-00	PGG3595

VIVIANE MELQUIADES DA SILVA

PAULISTA-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 01010068235 6 — EXERCÍCIO 2013 — DATA EMISSÃO 22/04/13

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	070.530.784-00	PGG3595

RENAVAM	MARCA/MODELO
530992990	HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB	CATTARF	Nº CHASSI
2013	09	9C2JC4110DR725004

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

FILE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

NOV-2012

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO *1004039*

Seguradora Líder - DPVAT

...MENTO 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 Sanção Farias de Melo

PORTADOR(A) DO RG Nº 8594169 EXPEDIDO POR _____ EM 16/10/2012 E

CPF 099940734-05 /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 Sanção F. de M., AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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 ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéticas 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 de 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 Caixa Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0018 Nº 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 _____ Daniel Lucas Sanção Farias de Melo

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

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 SANSAO 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

BULETIM DE OCORRÊNCIA "1510319001431"

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 **05/12/2014** 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)

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

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** ; MÃEe: **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; JATOBA; 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: **CRISTOVAO 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 Sampão Farias de Melo, portador da carteira de identidade nº 8594169 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.440.734-05, residente e domiciliado na Rua Sumaré, 41, Cidade Olinda, 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:

(X) 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 Sampão Farias de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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

Local e data

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML "1004029"

COMPROVACAO DE ATO DECLARATORIO

Declaração

Eu Daniel Lucas Santão 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 Bombeiro, 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 Santão Farias de Melo

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150036252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL LUCAS SANSAO 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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150036252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL LUCAS SANSAO 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:

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

30/10/2020

Número: **0036077-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **06/08/2020**
Valor da causa: **R$ 2.362,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO (AUTOR)	**Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)** **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)**
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70362917	30/10/2020 16:33	ANEXO 2	Outros (Documento)

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0114006676

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2017** às **11:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **2/5/2017** às **11:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1** - Bairro: **JATOBA** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO A TENDE TUDO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DALILA FARIAS DE MELO** Pai: **NA DECLARADO** Data de Nascimento: **28/3/1994** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares:
986008938

Endereço Residencial: **RUA SUMARE, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEE5330** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 AGO 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA A VITIMA O MSMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NO SENTIDOOLINDA /RECIFE E O CONDUTOR DO VEICULO DESCONHECIDO TAMBEM IA NO MESMO SENTIDO E AO TRACAR DE FAIXA COLIDIU NA TRAZEIRA DA MOTOCICLETA DA VITIMA QUE FOI AO SOLO POR VOLTA DAS 11:00HS E SÒ FOI SOCORRIDO AS 13, :12HS POR UMA UNIDADE TATICA DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES E FICOU AOS CUIDADOS DA MEDICA MARIANA CAVALCANTI CRM Nº 24973,

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

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EVALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO - MAT 159821-0**

Fechar Janela | Imprimir

95.802.494/0001-..
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 8 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E011400667 6

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2017** às **11:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **2/5/2017** às **11:00**

Fato ocorrido no Endereço: **RODOVIA PE 15, 1** - Bairro: **JATOBA** - **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO A TENDE TUDO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DALILA FARIAS DE MELO** Pai: **NA DECLARADO** Data de Nascimento: **28/3/1994** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **9865088038**

Endereço Residencial: **RUA SUMARE, 41 - CEP: 53000-000 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG150R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEE5339** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2/3 OUT. 2017

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Av. Rio Branco, 1000 - 8º Andar - Boa Vista - CEP 50.000-000
RECIFE-PE

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA A VITIMA O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NO SENTIDOOLINDA /RECIFE E O CONDUTOR DO VEICULO DESCONHECIDO TAMBEM IA NO MESMO SENTIDO E AO TRACAR DE FAIXA COLIDIU NA TRAZEIRA DA MOTOCICLETA DA VITIMA QUE FOI AO SOLO FOR VOLTA DAS 11:00HS E SO FOI SOCORRIDO AS 13, :12HS POR UMA UNIDADE TATICA DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES E FICOU AOS CUIDADOS DA MEDICA MARIANA CAVALCANTI CRM Nº 24973,

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

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EVALDO [illegible] DO NASCIMENTO - MAT 159821-0**

Fechar Janela | Imprimir

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

-0004-

Eu, DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, portador da carteira de identidade nº 8.594.169 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.440.734-05, residente e domiciliado na RUA SUMARÉ, N-41, JATOBÁ - CEP: 53.250-531, Cidade OLINDA, 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:

(X) 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 Sansão Farias de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

OLINDA, 23 DE AGOSTO DE 2017

Local e data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JORNEL LUCAS SIMÃO PAIAS DE MELO, portador da carteira de identidade nº 8.594.164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.440.734-05, residente e domiciliado na RUA SUMARÉ, Nº 41, SATUBA CEP: 53.350-531, Cidade OLINDA, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside realiza perícias com prazo superior a 60 (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 e 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 extensão 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 desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jornel Lucas Simão Paias de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

OLINDA, 23 DE AGOSTO DE 2017

Local e data

05.802.494/0001-41
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001167 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8594169 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.440.734-05, residente à RUA SUMARE , nº 00041, , JATOBA , OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/05/2017, por volta das 13:12 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/CB 300R VERMELHA PEE5330-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO, inscrito sob o CPF nº 098.440.734-05 e Registro Geral º 8594169, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) 710358-1 ADELMO. Foi transportado(a) para o MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 72590. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/08/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site http://www.cbm.pe.gov.br/ , consultar protocolo nº 2017APH001167

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-41

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001167 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8594169 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.440.734-05, residente à RUA SUMARE , nº 00041, , JATOBA , OLINDA -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/05/2017, por volta das 13:12 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/CB 300R VERMELHA PEE5330-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO, inscrito sob o CPF nº 098.440.734-05 e Registro Geral º 8594169, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) 710358-1 ADELMO. Foi transportado(a) para o MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 72590. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Postação em 14/08/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site http://www.cbm.pe.gov.br/, consultar protocolo nº 2017APH001167

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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: 07/11/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 7.087,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00048
CONTA: 000000041827-0

Nr. da Autenticação 4BA3B66743EE1321

Comprovante de Entrega

Fatura Mensal

(Pág.: 02/02)

C&A

Cartão 4:

GILBERTO BARBOSA CANDIDO
RUA UMBUZEIRO 58
BULTRINS
53320-200 OLINDA PE

Data	Descrição
08/07	Saldo Anterio

Movimentações Naci

GILBERTO B CANDIDO

24/03	ANUIDADE DIFERENCIAD
05/07	TARIFA DE PAGAMENTO
26/07	DIVIDA FAMILIAR FARMA
05/07	IOF TRANS PARCELADAS

GILBERTO B CANDIDO

05/07	CONTA COMIGO PARCEL
29/04	COMPRA PARCELADA C/
29/05	COMPRA PARCELADA C
03/07	PAGAMENTO RECEBIDO
	TOTAL NACI

CARTAO C&A VISA INTERNACIONAL

Vencimento 08/08/2017

Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 26/08

Central de Atendimento BradesCard

REG.METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-0127
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Créditos
Compras R$ 300,00 Saque R$ 0,00 Parcelado* R$ 0,00

	% a.m.	% a.a.	CET a.a
Juros Remuneratórios	9,39%	193,58%	215,25%
Crédito rotativo	7,90%	149,03%	187,09%
Parcelado loja	9,39%	193,58%	215,25%
Parcelado rede	7,90%	149,03%	187,09%
Retirada/saque(1)	9,29%	190,38%	211,93%

Parcelamento de fatura
(1) Será cobrada tarifa de até R$ 18,00 por operação.
* Multa ..... 2,00%a.m.
* Juros de mora ..... 1,00%pro rata
Taxa máxima de juros para a próxima fatura 19,99 % = CET ao ano 886,03 %
* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).

Juros de(a) Parcela(s) de Co
Juros de(a) Parcela(s) de Sa
Juros da Fatura Parcelado/R

Saldo Anterior (R$)	Crédito a Pagamento	Débitos	Total Nacional
231,99	212,00 +	135,40 =	135,41

Saldo Internacional (US$)	Cotação Dólar	Data da Cotação (US$)	Total Internacional
0,00	0,00	=	0,00

TOTAL DESTA FATURA

A partir de 03/04/2017, toda vez que precisar financiar o valor da fa
por mais de 30 dias, o BradesCard oferecerá a você uma melhor opção d
Parcelado Fácil.Sua taxa de rotativo será 9,39% a.m..

Os impostos incidentes sobre as operações contratadas, conforme a legislação em vigor (inclusive IOF) poderão
ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos aponta
valor total e o valor pago. Optando pelo pagamento do valor mínimo serão cobrados encargos contratuais de at
integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelada.

95.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50060-010
Recife-PE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

RG nº 8.594.169, data de expedição 16/10/2012 Órgão SDS-PE

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)	RUA SUMAPÉ
Número	41
Apto / Complemento	CASA
Bairro	JARDIM BRÁ
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.230-531
Telefone de Contato	81 98611-3330 3196735 7014
Email	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 23 de AGOSTO 2017

Assinatura do Declarante: [illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Itaucard

itaú

DALILA FARIAS DE MELO
R SUMARE 41
CS - JATOBA
53250-531 OLINDA - PE

Resumo da fatura em R$

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Total desta fatura	**208,27**

Titular **DALILA FARIAS DE MELO**
Cartão **5278.XXXX.XXXX.4012**

[redacted]

Vencimento	[illegible] R$	[illegible] R$	[illegible] R$	[illegible] R$
03/08/2017	**208,27**	**34,50**	**24 X 20,24**	**Não Disponível**

Limites de crédito R$

[illegible]	400,00
[illegible]	187,54
[illegible]	200,00
[illegible]	400,00

Lançamentos: compras e saques

DALILA F DE MELO (final 4012)

DATA	[illegible]	VALOR EM R$
[illegible]	[illegible]	158,53
Lançamentos no cartão (final 4012)		158,53

DALILA F DE MELO (final 3672)

DATA	[illegible]	VALOR EM R$
[illegible]	[illegible]	20,00
Lançamentos no cartão (final 3672)		20,00

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	[illegible]	VALOR EM R$
13/06	[illegible]	[illegible]

Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75561 03201.072521 50451.330003 4 000

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.75561 03201.072521 50451.550003 4 000

02.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

2 5 JUL 2017

DALILA FARIAS DE MELO
R SUMARE 41 - CS - JATOBA - 53250-531 OLINDA - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170570610 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA TIBIA E FÍBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DA PERNA COM DESVIO EM VARO, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSÃO, CICATRIZ NA FACE LATERAL DA COXA E DA PERNA (FASCIOTOMIA) HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DE FORCA NO MEMBRO, MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E POSTERIORMENTE HASTE INTRA MEDULAR BLOQUEADA, REALIZOU FISIOTERAPIA POSTERIORMENTE.
APOS TRATAMENTO CIRÚRGICO E FISIOTERAPIA EVOLUIU COM DEFORMIDADE ÓSSEA POR PROVÁVEL CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA, LIMITAÇÃO DA ADM E REDUÇÃO DE FORCA NO MEMBRO E ALTERAÇÃO A MARCHA.
Complicações: SÍNDROME COMPARTIMENTAL COXA E PERNA - TRATADO COM FASCIOTOMIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/11/2017

Conduta mantida:

Observações: LESÃO PREVIA NO MSE.

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R$ 7.087,50
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Declaração Circular SUSEP 445/12

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO BARBOSA CANDIDO, portador(a) do RG nº 7.849.855, expedido por SDS – PE, em 14/06/2013, CPF/CNPJ nº 082.327.704-65, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DANIEL LUCAS SANSÃO F. DE MELO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO

Gilberto Barbosa Candido
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE PE

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] *Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.*
[2] *Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.*

Pelo exposto, eu GILBERTO BARBOSA CANDIDO, portador(a) do RG nº 7.849.855, expedido por SDS – PE, em 14/06/2013, CPF/CNPJ nº 082.323.704-85, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DANIEL LUCAS SANSÃO F. DE MELO do sinistro de DPVAT de natureza INVALIDEZ da vítima DANIEL LUCAS SANSÃO FERRAZ DE MELO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUTÔNOMO Renda Mensal: R$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO

Gilberto Barbosa Candido
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES A1 376663

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

6 - Nº Prontuário: 72590

7 - Cartão Nacional do SUS: 898004526745695

8 - Data de Nascimento: 28/03/1994

9 - Sexo: Masculino X 1 Feminino 3

10 - Raça/Cor: 03 - Parda

10.1 - Etnia: 0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe: DALILA FARIAS DE MELO

12 - Telefone de Contato: 8198505715

13 - Nome Responsável: O MESMO

14 - Telefone de Contato:

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): SUMARE, 41 - FRAGOSO

16 - Município: OLINDA

17 - IBGE: 260960

18 - UF: PE

19 - CEP: 53250531

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ 2 HORAS COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.

21 - Condições que justificam a internação:
NECESSIDADE DE ABORDAGEM CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
ANEMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - Diagnóstico Inicial / Código: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

24 - CID 10 Principal: S910 S82.2

25 - CID 10 Secundário: W000 V239

26 - CID-10 Causas Associadas: 04809002-3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

29 - Código do Procedimento: 0408050578

29 - Especialidade: CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento: 2

31 - Documento: (X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: 980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação: 02/05/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho): Marcelo Cavalcanti Médica CRM-PE 24973 16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE /

44 - Nº AIH 261710088035-0

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Apo

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor: E280000001 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

48 - Documento: ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH 261710088036-1

28 AGO. 2017

AIH 261710088037-2

Rua da Aurora, 175 - Sl 1001
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Código do Laudo: 376605

FICHA DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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

Cód. Atendimento: 376663
Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO** Prontuário: 72590
Idade: 23a 1m 5d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 28/3/1994
Profissão : Escolaridade :
R.G.: 8594169 C.P.F.: 09844073405 Telefone: CEP 53250531
Endereco: SUMARE - , 41 - FRAGOSO / - OLINDA - PE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 2/5/2017 16:28
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2EXTRA
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil :

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27 / 05 / 17 Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: [X] Melhorado [ ] A Pedido [ ] Transferência [ ] Óbito [ ] Evasão

Condições de Alta: Boas condições

REVISADO CCIH - HMA

Diagnóstico Principal.....: Fratura p/o-tibia

Diagnóstico Secundário01.: Fascia Síndrome compartimental da coxa D

Diagnóstico Secundário02.: Síndrome compartimental da perna D

Procedimento.....: Osteossíntese do fêmur e tíbia (D) + Fasciotomia da coxa e perna (D)

Dr. Antonio de Albuquerque Queiroz CRM 19797

Médico e CRM:

Maria Batista dos Santos
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

28 AGO. 2017

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

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bloco B Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE

____ de _____ de _____

Julie Anne Queiroz Cabral
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: JOSAFAXA
Em: 02/05/2017 16:21

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 376606 **Prontuário:** 72590 **SAME:** 63348 **Hora Atend:** 13:52 **Data Atend:** 02/05/2017
Paciente..... : DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO **Idade:** 23 a
Endereço..... : SUMARE
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : OLINDA **UF**..: PE **CEP:** 53250531
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA **Plano**...: PLANO UNICO
CID Principal.....: -
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 02/05/2017 **Hora Saída** : 16:26

Prestador da Evolução Médica: **SORMANE DE CARVALHO BRITTO**

95.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16039
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/05/2017 13:50

Nome Paciente:	DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
Cód. Paciente:	72590
Data de Nascimento:	28/03/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	23
Senha:	0020
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	376606
SAME:	63348

Periodo: 02/05/2017 14:05 - 02/05/2017 14:06

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGENCIA AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	DOR E FERIMENTO EM MID, E ESCORIAÇÕES EM MSD, APÓS QUEDA DE MOTO (COLISÃO MOTO X CARRO); NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITO; NEGA HAS, DM E ALERGIAS
Observação:	TRAZIDO PELO BOMBEIROS
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / Cirurgia Geral
Sinais Vitais Lidos:	- FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG - P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO NEPI-HMA

REVISADO NEPI-HMA

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/05/2017 14:06

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

Atendimento: 376606
Data e Hora: 02/05/2017 13:52

Senha da Classificação: **0020**

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELC Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 28/03/1994 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe:: DALILA FARIAS DE MELO Nome do Pai: NAO DECLARADO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: SUMARE -- 41 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente moto-carro há cerca de 1 hora. Queixa dor em MID. Nega alergias. Nega comorbidades

Exame Fisico

EGB, consciente, orientado, corado, hidratado, eupneico // AV: RCR em 2T, BNF SIS FC: 84 PA: 130x80
AV: MV+ em AHT, S/RA FR: 24 / ABD: plano, depressível, doloroso / ECG: 15 / Apresenta escoriações em HSD, MID e mão E // Fx exposta em MID / Pulsos +++ e cheios

Hipotese Diagnostico

① Fx exposta de tornozelo ①

Prescrição Médica

1) Dieta 7:00
2) Internamento
3) Ao bloco após liberação da CG
4) A CG
5) Solicito RX:
- Pernas direita AP e Perfil
- Joelho direito AP e perfil
- Tornozelo D AP verd. e Perfil
- Tórax AP
- Bacia AP

① em tração. Solicito Rx cicatriz D AP e perfil + TNT AP direita SEM A PRANCHA

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM-PE 24973

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM-PE 24973

Assinatura e Carimbo/Médico

5.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência
( ) Transferido: Para_____
( ) Encaminhado ao setor de internação

28 AGO. 2017
Senha:_____

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO REG:72590
CLÍNICA:_____ENFERMAGEM:_____LEITO:_____

DATA/HORA	
2/5/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
14H37	# ADMISSÃO
ALERG (-)	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ APRO
HAS (-)	XIMADAMENTE 2 HORAS, COM QUEIXA DE DOR EM PERNA
DM (-)	DIREITA. NEGA TRAUMA CRANIANO, CEFALEIA, VÔMITOS
NEGA	OU DESMAIOS.
OUTRAS	AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO,
COMORB	HIDRATADO, EUPNEICO, GLASGOW 15, PUPILAS ISÓCORI
	CAS E FOTORREAGENTES.
	AR: MV + EM AHT, S/RA FR 24 IRPM
	ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S FC 84 BPM PA 130X80 MMHG
	ABD: PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR.
	MID: LESÃO CORTO-CONTUSA ACIMA DO MALEOLO MEDI
	AL DE APROXIMADAMENTE 8 CM E OUTRA DE +/- 2 CM EM
	MALÉOLO LATERAL. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO TOR
	NOZELO PELA DOR. PULSOS PEDIOSO, TIBIAL E POPLÍTEO
	PRESENTES E CHEIOS. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
	MSD: PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM BRAÇO E ANTEBRA
	ÇO, SEM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.NV PRESERVADO.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO
	FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR D + DIAFISE DE TIBIA D
	CD: INTERNAMENTO
	ANALGESIA + VAT +SAT + CEFAZOLINA
	AO BLOCO APÓS LIBERAÇÃO DA CG

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 AGO 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
Mariana Cavalcanti
Medida
CRM-PE 24973

#CG#

15:34 Paciente com historia de colisão moto-carro. Usava capacete. Nega sincope e vomitos. A- VAs pervias, sem cervicalgia. B- MV (+) em AHT, s/ RA SatO2: 95%. C- RCR em BT, BNF, s/ SA FC: 81, pelve estavel, abdome inocente D- ECG: 14 (3+5+6) pupilas isocoricas e fotorreagentes, sem deficit motor. E- presença de lesões corto-contusas em perna D, sendo uma com exposição muscular.
Raio-X de torax: ausencia de PNMTX
(D): Alta da CG

Acompanhamento com ortopedia
HDT

Dra. Patrícia C. Medrado
Médica
CRM-PE 23622

03/05/17 # SR #
7:40

* HD 1º DIA PÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA DE PERNA DIREITA.

→ PACIENTE SEM QUEIXAS, REFERE SENSAÇÃO DE "LAMEJA-MENTO" EM PERNA DIREITA. NEGA DOR. PACIENTE SEDADO ESTÁVEL

- EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO (2L), ACEBRIA, BOA PERFUSÃO, PULSOS PERIFÉRICOS (+) E SIMÉTRICOS

FO: LIMPA, COM SINAL DE SECREÇÃO HEMÁTICA (MODERADA QUANTIDADE) EDEMA DISCRETO

* CD 1) AGUARDANDO 2º TEMPO CIRÚRGICO HOJE!
2) DIETA ZERO
3) CONFIRMADO RESERVA DE 2 CH

16:00 Paciente em seus compartimentos da perna e coxa (D) LÚDICO ENSCOTOMA SE URGENCIA.

Dra. Janete Braz
Médica
CRM 22499

Dr. Antonio de Albuquerque Neto
CRM-PE 19[illegible]

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42676 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO Atendimento : 376663
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 779 VER02EXTRA Idade : 23 Anos 4 Dias 20 Horas
Dt. Início : 02/05/2017 19:58 Dt. Fim : 02/05/2017 20:57
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 43 GERAL INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FEMUR DIREITO (JOELHO FLUTUANTE)
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIA DIREITA
OPERADOR:DR.FABIO KAUFFMAN
1º AUXILIAR: DR. GUSTAVO PEZZI
INSTRUMENTADOR: ADAILMA
ANESTESISTA:DR. FILIPE
ANESTESIA: GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL P/AMPLIAR FERIMENTO
5. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA
6. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 10.000ML
8. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO
9. SUTURA COM NYLON 2-0
10. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM TIBIA COM FIO K 3,5MM
11. CURATIVO

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Gustavo Pezzi
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.316

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM : 14368

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42693 — Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 72590 — DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO — Atendimento : 376663
Convênio Atend. : 1 — SUS - INTERNACAO — Carteira :
Leito : 779 — VERD2EXTRA — Idade : 23 Anos 5 Dias 19 Horas
Dt. Início : 03/05/2017 19:10 — Dt. Fim : 03/05/2017 20:10
Cid Pré-Operatório : S910 — FERIMENTO DO TORNOZELO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050519 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 — SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 — RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO — 11581 MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: SINDROME COMPARTIMENTAL DE COXA E PERNA DIR+FRATURA FECHADA FEMUR DIR +
INTERVENÇÃO: FASCIOTMIA+ APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR JOELHO DIR
OPERADOR: MAURICIO MIRANDA
1º AUXILIAR. ANTONIO QUEIROZ
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:EDMARQUES
ANESTESISTA: RAFAELA
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. FASCIOTOMIA DE COXA (FACE LATERAL E MEDIAL)E PERNA DIR(LATERAL) + FIXAÇÃO FEMUR DIR TRANSARTICULAR JOELHO DIR
5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHOLAVAGEM EXAUSTIVA 6. LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 2.000ML + PVPI
8. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO
9. CURATIVO

Achados Cirúrgicos: — **Descrição Complementar**

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Dr. Mauricio de Miranda Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11581 TEOT
28 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

DR(A) : MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA
CRM : 11581

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Daniel Lucas Sansão Farias da Silva REG: 72540
CLÍNICA: CM ENFERMAGEM: 406 LEITO: 01

DATA/HORA	#CM# 0♂ 25a.
10/05/17 07:00	. HD: 1- ☒: DPO de fratura em tíbia D;
	2- síndrome compartimental em MID tratada com fasciotomia;
	3- Fibro + Lumbralgia + implante + Prima do Lu Isopama + Internamento prolongado sec à: ITR nosocomial;
	4- Anemia sec à: perda sanguínea por fasciotomia?
	5- TEP descartado.
	. Em uso de: 1- Tagerin (01:08/05) → DD2;
	2- tramadol, fixo;
	3- sintomáticos SN.
	. DE: PAS: 110 mmHg; PAD: 70 mmHg; AT: 35,9°C;
	FC: 84 bpm; FR: 26 ipm; HGT: 247 mg/dl.
	. No momento, queixa-se dispneia importante com necessidade de uso de cânula nasal de O2 (5L/min). Refere que a dispneia piora ao decúbito dorsal (ortopneia). Refere, também, dor e sangramento em MID. Nega outras queixas.
	. Ao exame: Eupneico, consciente, orientado, colaborativo, anictérico, acianótico e hipocorado (2+/4+). Ausculta ACV: RCR em 2T, BNF e s/s. FC: 98 bpm. PA: 120x70 mmHg. AR: MV+ em AHT e ↓ globalmente em HTE. s/RA. FR: 24 ipm. SpO2: 99% (O2 5L/min)
	ABD: Flácido, depressível e doloroso à palpação. RHA+
	EXT: Presença de fixador externo e pequena quan-

TRAÇÃO CORRETORA DE SESSÕES
20 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	#CONTINUAÇÃO#
10/05/17	Tidade de sangramento no curativo de MID. MIE
07:00	sem alterações.
	• Cd: 1. Pregato HB/HT (7,8/24,9);
	2. Aguardo exames laboratoriais hoje pela manhã,
	Digst, vaga ginecologia,
	3. Aumento atropina para 05 mg 4/4hs + Dipirona
	1g 6/6hs PRN.
	4. Prescrevo Bisacodil 05 mg 12/12h
	5º Solicito HB/HT
	6. USG doppler hoje
	Luiz Fernando Siqueira Médico CRM-PE 21.874
11/05/17	#CM# ♂, 23a.
07:30	• HD: as mesmas
	• Em uso de: as mesmas
	• DE: DPAS: MD. 120 mmHg; DPAD: 60-70 mmHg;
	AT: 36,4-36,8°C; DFC: 86-99 bpm; DFR: 16-24 rpm.
	• no momento, paciente sem melhora das dores
	em MID após estimulação da analgesia. Nega
	episódios de dispneia, ortopnéia e DPN. Refere, também, não urinar há 04 dias.
	• Ao exame: BEGBom, consciente, orientado, hidratado, acianótico, anictérico e hiperemiado (1+/4+). Acusa dor ao toque.
	ACV: RCR sem BR, BNF e s/s. FC: 119 bpm. PA: 120x70 mmHg.
	AR: MV+ sem RAH e s/ RA. FR: 22 rpm. SatO2: 98% (AA)
	ABD: Flácido, doloroso à palpação. RHA+

CONTINUA

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42997 — Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 72590 — DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO — Atendimento :376663
Convênio Atend. : 1 — SUS - INTERNACAO — Carteira :
Leito : 81 — ORTL-514-LEITO 001 — Idade :23 Anos 22 Dias 12 Horas
Dt. Início : 20/05/2017 08:02 — Dt. Fim : 20/05/2017 10:58
Cid Pré-Operatório : S910 — FERIMENTO DO TORNOZELO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050519 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 — SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 — RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

:URGIAO — 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO + FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA
CIRURGIA: HIB DE FEMUR D + HIB TIBIA D
CIRURGIÃO: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXÍLIO: DR CAIO
ANESTESISTA: DRA CARMEM
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO TRANSPATELAR EM JOELHO DIREITO
5. FEITO PONTO DE ENTRADA NO FEMUR
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 12X36
8. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
9. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 1 PARAFUSOS
10. FEITO PONTO DE ENTRADA NA TIBIA
11. PASSAGEM DO FIO GUIA
12. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 10X38
13. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS
14. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
15. LC DA FO
16. APROXIMAÇÃO DE FO EM COXA MEDIAL (FASCIOTOMIA ANTIGA)
17. SUTURA POR PLANOS
18. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

95.802.494/0001-4
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 901 Bl C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Emitido por: THIAGOCMA
Em: 30/05/2017 15:1

Atendimento: 376663
Dt Atendimento: 02/05/2017 - 16:28 Dt Alta: 27/05/2017 - 15:06
Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 81 ORTL-514-LEITO 001 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: IRACEMASMS

CID: S910 FERIMENTO DO TORNOZELO

Procedimento de Alta 0301060070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
72000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Emitido por: THIAGOCMA
Em: 30/05/2017 15:1

Atendimento: 376663
Dt Atendimento: 02/05/2017 - 16:28 **Dt Alta:** 27/05/2017 - 15:06
Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 81 ORTL-514-LEITO 001 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: IRACEMASMS

CID: S910 FERIMENTO DO TORNOZELO

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

CENTRO DE ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA DE OLINDA
Av. José Augusto Moreira, 647 - Casa Caiada - Olinda/PE
CEP: 53.130-410 - Fone: (81) 3431.6523 / Fax: (81) 3431.3887
CNPJ: 04.889.356/0001-89

ESPECIALIDADES

MÃO

COLUNA

JOELHO

QUADRIL

PÉ E TORNOZELO

OMBRO E COTOVELO

TRAUMA E FIXADOR EXTERNO

Declaração

Declaro para os devidos fins que o Sr. Daniel Lucas Sansão Farias de Melo, Rg 8.594.169 e CPF 098.440.734-05, encontra se em alta definitiva, devendo retornar as suas atividades laborativas.

Sem mais a declarar na presente data.

Olinda, 19 de Outubro de 2017

Mauro Rodrigues Vieira
ORTOPEDISTA
CRM-PE 4158

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES — 2 - CNES: 6431560

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES — 4 - CNES: 6431560

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO — 6 - Nº Prontuário: 72590

7 - Cartão Nacional do SUS: 898004526745691 — 8 - Data de Nascimento: 25/03/1994 — 9 - Sexo: Masculino [X] 1 Feminino [ ] 2 — 10 - Raça/Cor: 03 - Parda — 10.1 - Etnia: 0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe: OALILA FARIAS DE MELO — 12 - Telefone de Contato: 8198508715

13 - Nome Responsável: O MESMO — 14 - Telefone de Contato:

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): SUMARE, 41 - FRAGOSO

16 - Município: OLINDA — 17 - IBGE: 260880 — 18 - UF: PE — 19 - CEP: 53250331

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Descrição Sinais e Sintomas Clínicos: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 2 HORAS COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

21 - Descrição dos Achados e Conclusão: HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE ABORDAGEM CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas: ANEXO: EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - Diagnóstico Inicial / Código: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO — 24 - CID 10 Principal: S824 — 25 - CID 10 Secundário: W399 — 26 - CID 10 Causas Associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR — 28 - Código do Procedimento: 0408051078

29 - Caráter do Atendimento: CIRÚRGICA — 30 - Caráter de Atendimento: 2 — 31 - Documento: (X) CNS [ ] CPF — 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: 980016278437533

33 - Profissional Solicitante/Assistente: SORRANE DE CARVALHO BRITTO — 34 - Data da Solicitação: 03/08/2017 — 35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho): Médica CRM-PE 24973 16524

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - [ ] Acidente de Trabalho — 37 - CNPJ Seguradora — 40 - Nº Bilhete — 41 - Série

37 - [ ] Acid. Trabalho Trânsito — 38 - [ ] Acid. Trabalho Trânsito — 42 - CNPJ Empresa — 43 - CNAE

39 - Vínculo com a Previdência: [ ] Empregado [ ] Empregador [ ] Autônomo [ ] Desempregado [ ] Aposentado

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador — 46 - Cód. Órgão Emissor: 0280000001 — 47 - Nº do Documento (CNPJ/CPF) do Profissional Autorizador: 002.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA — 48 - Documento: [ ] CNS [ ] CPF

50 - Data da Autorização: 23 OUT. 2017 — 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH 261710088035-0

AIH 261710088036-1

AIH 261710088037-2

Rua Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Código do Laudo: 376828

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 376663

Usuário: JOSAFAXA

MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaqueribe - Paulista - PE
CEP. : 53400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO — Prontuário: 72590

Idade: 23a 1m 5d — Sexo: M — Estado Civil: SOLTEIRO — Data de Nascimento: 28/3/1994

Profissão: — Escolaridade: — CEP: 53250531

R.G.: 8394169 — C.P.F.: 09844073405 — Telefone: 41 - FRAGOSO — OLINDA - PE

Endereço: SUMARE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 2/5/2017 18:28

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA — Plano: GERAL

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA — Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA — Leito: VERD2EXTRA

Medico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: — R.G.: — C.P.F.:

Endereço: — Numero: — Estado civil:

Telefone: — Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27 / 05 / 17 — Hora da Alta: ____ : ____

Motivo: [X] Melhorado [ ] A Pedido [ ] Transferência [ ] Óbito [ ] Evasão

Condições de Alta: Boas condições

Diagnóstico Principal: Fratura patelar

Diagnóstico Secundário01.: Fratura Síndrome compartimental da coxa D

Diagnóstico Secundário02.: Síndrome compartimental da perna D

Procedimento.....: Osteossíntese de fêmur e tíbia D + Fasciotomia da coxa e perna D

Médico e CRM:

Maria Batista dos Santos

Responsável pela retirada do paciente — Assinatura e RG

REVISADO CCIH - HMA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

____ de ____ de ____

3 OUT 2017

Assinatura e RG do responsável pela retirada do paciente

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1/ 1
Emitido por: JOSAFAXA
Em: 02/05/2017 16:21

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 372809 Prontuário: 72590 SAME: 63348 Hora Atend: 13:52 Data Atend: 02/05/2017
Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Idade: 23 a
Endereço: SUMARE
Bairro: FRAGOSO UF: PE CEP: 53250531
Cidade: OLINDA Plano: PLANO UNICO
Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal: -
CID's Secundários:
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída: 16:26
Data Saída: 02/05/2017

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

5.802.494/0001-41
FRAÇÃO CORRETORA
SEGUROS LTDA

SORMANE DE CARVALHO BRITTO CRM 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/05/2017 13:58

Nome Paciente:	DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
Cód. Paciente:	72590
Data de Nascimento:	26/03/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	23
Senha:	0020
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	976608 [redacted]
SAME:	63348

Período: 02/05/2017 14:05 - 02/05/2017 14:06

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGENCIA AMARELO
Cor:	[redacted] AMARELO
Queixa Principal:	DOR E FERIMENTO EM MID, E ESCORIAÇÕES EM MSD, APÓS QUEDA DE MOTO (COLISÃO MOTO X CARRO). NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITO. NEGA HAS, DM E ALERGIAS
Observação:	TRAZIDO PELO BOMBEIROS
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / Cirurgia Geral
Sinais Vitais Lidos:	- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG - P.A.DISTOLICA: 70.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO NEPI-HMA

REVISADO NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/05/2017 14:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Página 1 de 1

MIGUEL ARRAES — HOSPITAL MIGUEL ARRAES — IMIP

Atendimento: 376606
Data e Hora: 02/05/2017 15:52

Senha da Classificação: 0020

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 28/09/1994 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: DALILA FARIAS DE MELO Nome do Pai: NAO DECLARADO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345
Endereço: SUMARE - 41 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

[illegible]

Exame Físico

[illegible]

Hipótese Diagnóstica

[illegible]

Prescrição Médica

1) Dieta zero
2) Infusão venosa
3) No bloco após liberação do CG
4) RX CG

Marcos Cavalcanti Médico CRM-PE 24973

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência
( ) Transferido: Para
( ) Encaminhado ao setor de Internação

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
- PE/CEF-PE

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO REG:72590
CLÍNICA:_____ENFERMAGEM:_____LEITO:_____

DATA/HORA	
2/5/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
14H37	# ADMISSÃO
ALERG (-)	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ APRO
HAS (-)	XIMADAMENTE 2 HORAS, COM QUEIXA DE DOR EM PERNA
DM (-)	DIREITA. NEGA TRAUMA CRANIANO, CEFALEIA, VÔMITOS
NEGA	OU DESMAIOS.
OUTRAS	AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO,
COMORB	HIDRATADO, EUPNEICO, GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORI
	CAS E FOTORREAGENTES.
	AR: MV + EM AHT, S/RA FR 24 IRPM
	ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S FC 84 BPM PA 130X80 MMHG
	ABD: PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR.
	MID: LESÃO CORTO-CONTUSA ACIMA DO MALEOLO MEDI
	AL DE APROXIMADAMENTE 8 CM E OUTRA DE +/- 2 CM EM
	MALÉOLO LATERAL. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO TOR
	NOZELO PELA DOR. PULSOS PEDIOSO, TIBIAL E POPLÍTEO
	PRESENTES E CHEIOS. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
	MSD: PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM BRAÇO E ANTEBRA
	ÇO, SEM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO.NV PRESERVADO.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO
	FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR D + DIAFISE DE TIBIA D
	CD: INTERNAMENTO
	ANALGESIA + VAT +SAT + CEFAZOLINA
	AO BLOCO APÓS LIBERAÇÃO DA CG

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Marcos Cavalcanti
CRM-PE 24975
RECIFE-PE

PERNAMBUCO
GOVERNO DE ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	#CONTINUAÇÃO#
10/05/17	Tolerou ciclosporina na ingestão de MID. MEG
07:00	sem alteração.
	. Lab: 1. Reagente HB/HT (7,8/24,9);
	2. Agendado exames laboratoriais hoje pela manhã,
	BNP, vide prescrição;
	3. Aumento medicação para 05 mg 4/4h + Dipirona
	1g 6/6h EVO.
	4. Iniciado Bifosfonato 05 mg 12/12h
	5. Solicito HB/HT
	6. VSG doente hoje
	[illegible] CRM-PE 11.874
11/05/17	#CMI# 0º DIA:
07:30	. HD: as mesmas
	. Em uso de Cic mesmas
	. DF: BPM: MD: 150 mm/Hg. DPAM: 60-70 mm/Hg;
	DF: 36,4-36,8°C; DFC: 88-99 bpm. DFR: 16-20 ipm.
	. No momento, paciente refere melhora das dores
	em MID após diminuição da analgesia. Nega
	queixas de dispneia, ortopneia e DPN. Refere também
	não usamos há 09 dias.
	. Ao exame: Eupneico, consciente, orientado, hidratado
	(0) cianótico, sinal [illegible] (+/4+). Ok
	pulsos no torax.
	RCR: RCR em 2T, BNF e ES: FC 119 bpm. PA: 120x70 mmHg
	AR: MVF sem RAT e ES/RA. FR: 26 ipm. Sat O2: 98% (AA)
	ABD: Flácido, doloroso à palpação. [illegible]

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
23 OUT 2017
Rua da Aurora Nº 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

CONTINUA

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

Página: 0001
Data.....: 02/05/2017
Hora.....: 20:01

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0002 SALA 02

Aviso de Cirurgia : 43676
Paciente : 72590
Convênio Atend. : 1
Leito : 779
Dt. Início : 02/05/2017 19:58
Cid Pré-Operatório : S823
Cid Pós-Operatório : S723

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO
SUS - INTERNACAO
VERDE/EXTRA
Dt. Fim : 02/05/2017 20:57
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 379653
Carteira :
Idade 23 Anos 4 Dias 20 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050630
Convênio: 001
Anestesia: 43

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 14388 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FEMUR DIREITO (JOELHO FLUTUANTE)
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + TRAÇÃO TRANSESQUELETICA TIBIA DIREITA
OPERADOR: DR. FABIO KAUFFMAN
1º AUXILIAR: DR. GUSTAVO PEZZI
INSTRUMENTADOR: ADAILMA
ANESTESISTADOR: FILIPE
ANESTESIA: GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRATICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL P/AMPLIAR FERIMENTO
5. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA
6. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 10.000ML
8. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO
9. SUTURA COM NYLON 2-0
10. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM TIBIA COM FIO K 3,5MM
11. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Gustavo Pezzi
Cirurgião Traumatologia
CRM-PE 23318

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DR. FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM 14388

23 OUT. 2017

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Rua do Aeroporto, 1672 - Centro
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Emitido por: THIAGOCMA
Em: 30/05/2017 15:1

Atendimento: 375663
Dt Atendimento: 02/05/2017 - 16:28
Dt Alta: 27/05/2017 - 15:06
Paciente: 72598 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 31 ORTL-S14-LEITO 001
Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Usuário: IPACEMASMS
CID: S916 FERIMENTO DO TORNOZELO
Procedimento de Alta 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
PETROS LTDA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
23 MAI. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Daniel Lucas Santão Farias da Silva REG: 72590
CLÍNICA: CM ENFERMAGEM: M06 LEITO: 02

DATA/HORA	
	#CM# D+ 22a
10/05/17 07:00	. HD: 1. F-EPO de fratura em tíbia D;
	2- Síndrome compartimental em MID tratada com gonatrofina;
	3. Febre + Leucocitose + Leucopenia + Piora da leucopenia + Internamento prolongado sem ATB no momento;
	4- Prematuro de 1º gerar sangramento por gonatrofina?
	5. TEV diminuído
	. Em uso de: 1. Fagemin (D1 (8/5)) + D12;
	2. transfusão gase;
	3. Sintomáticos SN.
	. SE: MPS: 110 mmHg; MPD: 70 mmHg; DT: 39,9°C;
	DTO: 24 bpm; BTP: 160 bpm; HGT: 247 mg/dL.
	. Na anamnese, queixa-se de dor importante com necessidade de uso de codeína nasal de 02/5/mm). Refere que a dor piora no membro doente (e/ou tornozelo). Refere também dor e sangramento em MIE nas últimas quinzenas.
	. Ao exame: Ebria, sonolenta, irritada, mantendo cooperativa, anictérica e hiperemiada (++/4+). Ausência
	PCN: RRA sem BD, BNF e s/s. PA: 98 bpm FR: 120 x 70 mmHg
	AR: MV+ sem RAD e ↓ globalmente sem HTS s/RP. FR: 24 rpm. SpO2: 99% (02 5L/min)
	MMII: Flácidos, dispositivo [illegible]
	EXT: Presença de gesso [illegible]

CNPJ: 02.494/0001-41
ADMINISTRAÇÃO CORRETORA

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42997 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 72590 DANIEL LUCAS SAMSAO FARIAS DE MELO Atendimento : 378883
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 61 ORTL-514-LEITO 001 Idade: 23 Anos 22 Dias 12 Horas
Dt. Início : 20/05/2017 08:02 Dt. Fim : 20/05/2017 10:58
Cid Pré-Operatório : S910 FERMENTO DO TORNOZELO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050019 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO + FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA
CIRURGIA: HIS DE FEMUR D + HIS TIBIA D
CIRURGIÃO: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXILIO: DR CAIO
ANESTESISTA: DRA CARMEM
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ACESSO TRANSPATELAR EM JOELHO DIREITO
5. FEITO PONTO DE ENTRADA NO FEMUR
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 12X39
8. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
9. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 1 PARAFUSOS
   FEITO PONTO DE ENTRADA NA TIBIA
   PASSAGEM DO FIO GUIA
12. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 10X38
13. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS
14. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
15. LC DA FO
16. APROXIMAÇÃO DE FO EM COXA MEDIAL (FASCIOTOMIA ANTIGA)
17. SUTURA POR PLANOS
18. CURATIVO

Achados Cirúrgicos: Descrição Complementar

CNPJ 04/0001-41
TRACAR CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
FONE/FAX

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: THIAGOCMA
Em: 30/05/2017 15:1

Atendimento: 275661
Dt Atendimento: 02/05/2017 - 18:28 Dt Alta: 27/05/2017 - 15:06
Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 81 ORTL-514-LEITO 001 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: IRACEMASMS
CID: S910 FERIMENTO DO TORNOZELO
Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

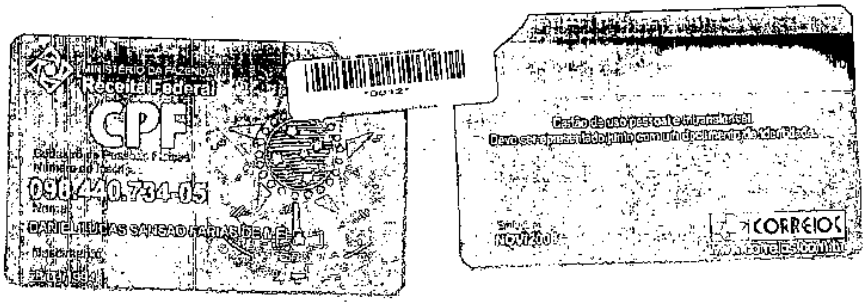
CNPJ 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

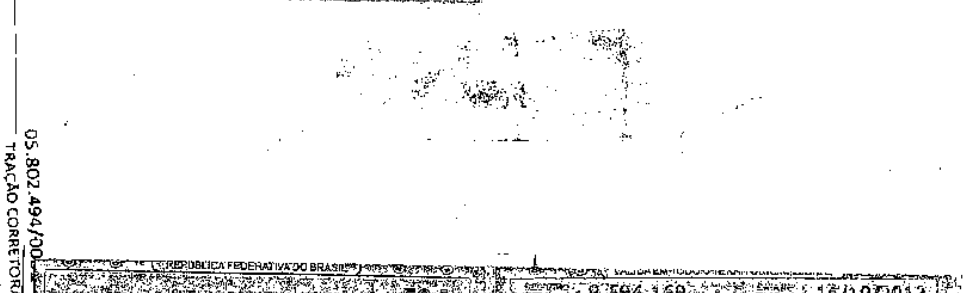
23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

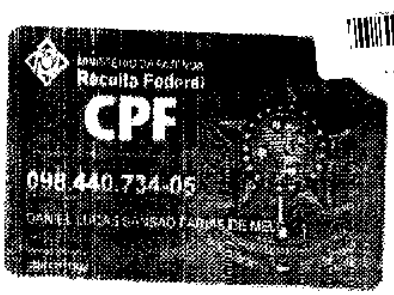


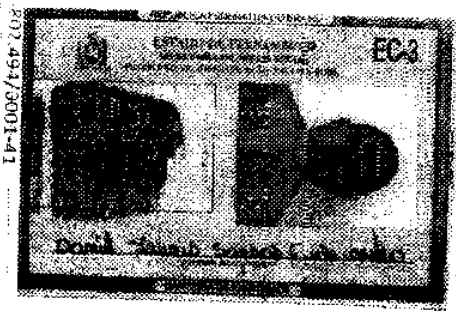


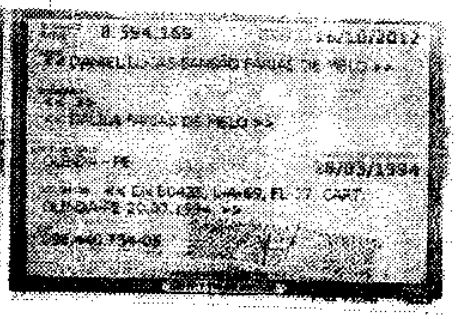
05.802.494/000
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 ABRIL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

013177341167

1 397696663 ********** 2017

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE ME
LO

OLINDA-PE

098.440.724-05 PEE5330

********** 9C2NC4310CR000020

PAS MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CB 300R 2011 2012

2P/291CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

1 ********** ********

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OLINDA-PE 14/08/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

013177341167

DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE ME

LO
OLINDA-PE 2017 14/08/17

1 098.440.724-05 PEE5330

397696663 HONDA/CB 300R

2011 09 9C2NC4310CR000020

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DEZ-2016

TRACAO CONTROL DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 01317734167

DANIEL LUCAS SARGAO PARIAS DE ME
LO

OLINDA-PE

PESSOAL

GASOLINA

HONDA/CB 300R

2011 2012

VERMELHA

SEGURO FACO

SEM RESERVA

OLINDA-PE 14/06/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

Nº 01317734167

DANIEL LUCAS SARGAO PARIAS DE ME
LO

OLINDA-PE 2017 14/06/17

PESSOAL

HONDA/CB 300R

2011 RR

SEGURADORA LIDER

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

23 OUT. 2017

Qinta 20 outubro 2017

Reanalise

Proc 3170 477129
CPF 098.440.734-05
Eu Daniel Lucas Sanson de Farias Queiroz
venho através desta solicitar uma nova
perícia predicar por se encontrar de atar
definitiva: segue um laudo anexo
da atar sem mais fica no aguardo

Daniel Lucas S. Farias de melo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 OUT. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: MECANICO
Identidade: 8.594.169 SDS PE CPF: 098.440.734-05
Endereço: R. SUMARÉ, Nº 41, Jatobá, Olinda - PE

PROCURADOR:
Nome: GILBERTO BARBOSA CANDIDO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: AUTONOMO
Identidade: 7.849.855 CPF: 082.327.704-65
Endereço: R. Umbuzeiro, nº 56, Fragoso, Olinda - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Olinda - 14 JUL. 2017
Local e data

Daniel Lucas Sansão F. de Melo
Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 AGO. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE PE

1º Cartorio de Notas de Olinda — Praça do Carmo N.15 B
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) aposta(s) na minha presença de
DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Olinda, 14 de julho de 2017 (OH45ein). Em testemunho da verdade
Francis Cheyas Andrade de Queiroz - Escrevente Autorizado
Emolum. R$ 3,47 TFNR R$ 1,17 TOTAL R$ 4,66
R$ SELO 0073502.XW073012.01446 R$
Confirme a autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PRIMEIRO CARTÓRIO DE NOTAS OLINDA-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334525/17
Vítima: JOSE LOURENCO DA SILVA
CPF: 047.181.574-80 CPF de: Próprio
Data do Acidente: 11/02/2017
Titular do CPF: JOSE LOURENCO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE LOURENCO DA SILVA : 047.181.574-80
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
JOSE ROBERTO DA SILVA JUNIOR : 038.075.324-39
Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 28/08/2017	Data do cadastramento: 28/08/2017
Nome: JOSE ROBERTO DA SILVA JUNIOR	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF/CNPJ: 038.075.324-39	CPF: 115.938.994-24
JOSE ROBERTO DA SILVA JUNIOR	Steffany Caroliny Lins Veloso

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:
Nome: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: MECÂNICO
Identidade: 8.594.169 SDS-PE CPF: 098.440.734-05
Endereço: R. SUMARÉ, Nº 41, Jatoba, Olinda - PE

PROCURADOR:
Nome: GILBERTO BARBOSA CANDIDO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 7.849.655 CPF: 062.327.704-65
Endereço: R. UMBUZEIRO, nº 66, Peixinho, Olinda - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Olinda - 14 JUL. 2017
Local e data

Assinatura do Beneficiario/Vitima
(reconhecer firma por autenticidade)

Recife, 14 de julho de 2017 (Segunda)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
23 OUT. 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

PRIMEIRO CARTÓRIO DE NOTAS OLINDA-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345911/17
Vítima: ELVIS DA SILVA SALES
CPF: 086.745.994-86

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/06/2017
Titular do CPF: ELVIS DA SILVA SALES

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.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 23/10/2017	Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: GILVANILDO JOSE DA SILVA	Nome: Steffany Carolliny Lins Veloso
CPF: 680.496.414-49	CPF: 115.938.994-24
GILVANILDO JOSE DA SILVA	Steffany Carolliny Lins Veloso

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2017

Carta n°: 11946154

A/C: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO

Sinistro:	**3170570610 ASL-0410312/17**
Vitima:	**DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE MELO**
Data Acidente:	**02/05/2017**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**GILBERTO BARBOSA CANDIDO**

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 SANSAO FARIAS DE MELO**
Valor: **R$ 7.087,50**
Banco: **104**
Agência: **000000048**
Conta: **000000041827-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**7.087,50**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R$	**7.087,50**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE 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 SANSÃO FARIAS DE MELO

PORTADOR(A) DO RG Nº 8.594.169 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 16/10/2012 E

CPF 096.440.734-05 /CNPJ ___.___.___/____-__, PROFISSÃO MECANICO

E RENDA MENSAL DE R$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) 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 ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- 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 de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

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 ___ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0048 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00041822-0

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.

OLINDA, 23 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 502 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dovalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG Conde da Boa Vista
DATA: 25/08/2017 HORA: 10:45:21
TERMINAL: 10301031 CONTROLE: 10301031006S

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0048.013.00041827-0
NOME: DANIEL LUCAS SANSAO FARIAS DE ME

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [redacted]

NÚMERO DO ENVELOPE: 3438588139
NÚMERO DE CONTROLE: 237064119

A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

45.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Seguradora LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO

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 SANSÃO FARIAS DE MELO
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.594.169 EXPEDIDO POR SDS - PE EM 16/10/2015
CPF 098.940.734-05 /CNPJ _____ PROFISSÃO MECANICO
E RENDA MENSAL DE R$ 03 SALÁRIO ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

( ) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os segurados são obrigados a efetuar o 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 ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 revogam-se a aceitação de proposta de abertura de 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 SISDPVAT 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, eventos 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0045 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00042853-0

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.

OLINDA 23 de AGOSTO de 2017 _____
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

05.902.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos herdeiros legais), obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00** em caso de invalidez **permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro previsto na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271200.

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG Cores da Boa Vista
DATA: 25/08/2017 HORA: 18:45:21
TERMINAL: 1808183 CONTROLE: 1808123180089

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2848.013.00041627-8
NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 2433548139
NÚMERO DE CONTROLE: 2278041119

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

05.802.494/0001-4
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
PERNAMBUCO

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 Sumare, 41
Jatoba Olinda PE CEP: 53250-531
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8594169
Data local do exame: [03/11/2017] Olinda [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 TERCO MEDIO DA TIBIA E FIBIULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
DEFORMIDADE NO TERCO MEDIO DA PERNA COM DESVIO EM VARO, LIMITACAO IMPORTANTE DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSAO/EVERSAO, CICATRIZ NA FACE LATERAL DA COXA E DA PERNA (FASCIOTOMIA) HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUCAO DE FORCA NO MEMBORA, MARCHA CLAUDICANTE.

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.

EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITACAO DA ADM, REDUCAO DE FORCA E ALTERACAO A MARCHA.
Data da alta: MAIO DE 2017.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURIGICO: OSTEOSSINTESE COM FIXADOR EXTERNO E POSTERIORMENTE HASTE INTRA MEDULAR BLOQUEADA. FEZ FISIOTERAPIA POSTERIORMENTE.
Complicações: SINDROME COMPARTIMENTAL COXA E PERNA - TRATADO COM FASCIOTOMIO.

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.

DEFORMIDADE NO TERCO MEDIO DA PERNA COM DESVIO EM VARO, LIMITACAO IMPORTANTE DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXAO E DA ADM DO PE A INVERSAO/EVERSAO, CICATRIZ NA FACE LATERAL DA COXA E DA PERNA (FASCIOTOMIA) HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUCAO DE FORCA NO MEMBORA, MARCHA CLAUDICANTE.

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, §1° do art. 3° 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):
MEMBRO INFERIOR - Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 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.

LESAO PREVIA NO MSE.

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

Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
CPF - 038.972.994-27
CRM/PE - 21266