



Número: **0069795-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS FELIX DE OLIVEIRA (AUTOR)	RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (REU)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71811 120	30/11/2020 16:28	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200375112

Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01053/01054 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16245319



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	105.544.554-47	Lucas Felix de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 105.544.554-47	
Profissão:	Endereço:		Número: 1131 Complemento: -
Desempregado	Av. Rio Horizonte		
Bairro: Vila do Olímpio	Cidade: Paulista	Estado: SP	CEP: 53431-275
E-mail: renatamalheus@gmail.com	Tel.(DDD): (21) 94543.4554		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 47542 Dígito: 9

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 47542 Dígito: 9

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 28/09/2020.
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	107.544.554-47	Lucas Felipe de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	107.544.554-47
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Desempregado	Rua Rio Horizonte	1131	-
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Vila do Rio Amorim	Paulista	SP	53431-275
E-mail:	Tel.(DDD): (11) 99543.4554		
lucasfelipeoliveira@outlook.com			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1581

CONTA: 47542

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 28/09/2020.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011301628005180000070403735>
Número do documento: 2011301628005180000070403735

Num. 71811120 - Pág. 4



DADOS DO CLIENTE:

CPF: 000.232.004-45

REFERENCES

CLASSIFICAÇÃO

076601347 UNICA 2309.1.19

da Rio Energia Elétrica Criativa para Lelé 101.438, de 30/04/2021

NOTA FISCAL **FATURA** **CONTA DE ENERGIA**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 155
66-31

PIEDADE/PRAZERES
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
54410-810

CONTÁ CONTÁNDU MÉS ANS
7025325826 09/2019
DATA DE EMISSÃO 2019
30/08/2019 24/10/2019
TOTAL A PAGAR R\$1

NOTA FISCAL		
DETALHE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
211,000000	0,7999220	164
		11
		37
		12

TOTAL DASAT 64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								215,30	
Nº DO MESES	TRÍO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	NPCE/IR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
31/12/2013	CAT	21-06-2013	9.380,00	23-06-2014	6.114,00	30	1.000,00	21-06	215,30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague suas contas para ter acesso gratuito ao acesso ao conteúdo de 27 canais de TV e 1000 canais de Vídeo On Demand. 26 canais de TV e 900 canais de Vídeo On Demand estão disponíveis para quem não paga a tarifa de acesso. Mais informações em www.santos.com.br/CanalTV. Sobre a tarifa de CDR, consulte www.santos.com.br/CDR. Consulte www.santos.com.br/CDR para mais informações sobre a tarifa de acesso ao conteúdo de 27 canais de TV e 1000 canais de Vídeo On Demand. Pague em até 12x sem juros. www.santos.com.br/CDR

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTENSIFICACOES						VALORES DE TENSAO		
CONSUMO	VALOR MÍNIMO DE TENSÃO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	VALOR MÁXIMO DE TENSÃO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO		
QME	0,00	+0,0	0,01	10,01	200	202		
ME	0,00	-1,1	0,36	10,70				
MEC	0,00	-0,77	0,00	0,00				

CONTA CONTRATADA 0025325626 PESO(MOEDA) 08/2019 TAREFA INICIO 30/09/2019 TAREFA FIM 215,30

838200000291530011007-5 02532582610-8 14270268423-8



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 5

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Pelo expediente, em Renato Cesar M. Cavalcante, inscrito na carteira nº 039.232.004, 55, na qualidade de Procurador da Administração, do Beneficiário Lucas Felix de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o nº 105.544.554 47, do sinistro da LPA/AL, sobrevivente, invalido, da Vítima Lucas Felix de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o nº 105.544.554 47, conforme determinado no artigo 1º, § 2º, da LPA/AL.

✓ [View Information](#)

Endereço: Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551, Bairro: Jardim das Flores, Cidade: Petrópolis, RJ, CEP: 25640-000, Telefone: (21) 99543-4554, Email: renatasmalheur@outlook.com

Recife 28 de 09 de 2020

in M. Luria



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2020 23:32

	Nome Paciente: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 15/02/1994
	Sexo: Masculino
	Idade: 25 anos
	Senha: 0058
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Período: 01/01/2020 23:31 - 01/01/2020 23:35

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGÊNCIA AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA COM SENHA 5850931 COM FRATURA DE 3 MTC+ SÍNDROME COMPARTIMENTAL.
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15 - FREQUENCIA CARDIACA: 69 00 BPM - GLICOSE: 87.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 100.00 %

ENCADADO
...-IMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 01/01/2020 23:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 7

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5850 938
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 25

Sexo: M () F () Profissão: 2020 - LUCAS FELIPE DE OLIVEIRA Fone: _____

Endereço Residencial: MELO, 100 - VILA NOVA - 51010-150 - RECIFE - PE Bairro: _____

Cidade: Recife

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: Dor + Edema importante em Mão (D)

Hipótese Diagnóstica: Fratura de 3º Metacarpo + Sind.
ligamento

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

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



DADOS DO PACIENTE

Paciente: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA	Prontuário: 132905		
Idade: 25a 10m 19d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 15/02/1994
Profissão:		Escolaridade:	
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP 53431275
Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301		1001 - NOSSA SENHORA DO O	- PAULISTA - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA		Dados da Internação	
Convênio: SUS - INTERNACAO		Data e Hora da Internação: 02/01/2020 23:39	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-19	
Médico Internação: FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	Numero:	23/102/100	CLAUDEVAN SOUSA
Telefone:	Estado civil :		FATURISTA
			Yves

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 03/01/2020 Hora da Alta: _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Estável. EGB

Diagnóstico Principal.....: Fr 3º ATC

Diagnóstico Secundário01.: KA3

Diagnóstico Secundário02.: _____

REVISADO
2014-HM

cedimento.....: _____

Antônio Tatino
Médico / Ortopedia
CRM-PE 15665
CRM-20597 e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

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 fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

DATA NASC.: 15/02/1994

NOME SOCIAL: [Data da Publicação]

RFG-132905

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
2/1/2020	
09:41	HDA/QPA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MÃO DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM 3º QDD
	Antecedentes Pessoais: NDN
	Medicações de uso: NDN
	Exame físico: EDEMA 3+/4+, LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DO 3/ QDD
	Exame de imagem: RX EVIDENCIA FRATURA DE 3/ MTC COM ENCURTAMENTO
	HD: FRATURA DE 3/ MTC
	CD: 1- INTERNAMENTO 2- SOL LAB PREOP 3- SOL NOVOS RX 4- SOL TALA LUVA
	CRM/PE 26.670 Ortopedias / Traumatologia JOSÉ BOSCO B. C. NETO





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-510810	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
LUCAS FELIX DE OLIVEIRA	132905		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
898004083317268	15/02/1994	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input checked="" type="checkbox"/> 04 - Amarela
11 - Nome da Mãe	LUSINETE FELIX DE LIMA	12 - Telefone de Contato	8198773726
13 - Nome Responsável	LUSINETE	14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301, 1231 - NOSSA SENHORA DO O		

16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
PAULISTA	261070	PE	53431275

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MAC. DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL			

21 - Condições que justificam a internação	NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO		
--	-------------------------------------	--	--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE+ EXAME FÍSICO		
---	------------------------	--	--

23 - Diagnóstico Inicial / Código	FRATURA DE 3º MTC DIREITO	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
		S623	W199	V29.9 03.01.06.007

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - Código do Procedimento
				0415020069

29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	0X CNS () CPF	170519131480007

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	36 - Código do Conselho de Registro no Conselho
FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES	02/01/2020	João Bosco B. C. Neto	10605

37 - Preencher em caso de causas externas (Acidentes ou violências)	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR

45 - Voucular com a Previdência	46 - Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------------------------	----------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

47 - Nome do Profissional Autorizado	AUTORIZAÇÃO			48 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
				E26000001	

49 - Documento	50 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
CNS () CPF	

51 - Data da Autorização	52 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)



Código do Laudo: 510641

AIH
262010245115-3

Atendimento: 510641

Senha da Classificação:

Data e Hora: 01/01/2020 23:39

0053

Paciente: 132905 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/02/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUSINETE FELIX DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1, -

1231

Bairro: NOSSA SENHORA DO O

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

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 trauma c
moto vol com lesão no membro
apos queda de moto

Exame Físico

Exame (++) - PLEXO extenso (+)

Hipótese Diagnóstico

Ex 3. m tc - SIND. COMPARTIMENTAL?

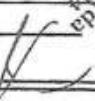
Prescrição Médica

Tranazol 50g 2 FA + 100ml SF
alpha 1g + 40ml

Fase ANAESTESIA E DEIXO
em OBSERVAÇÃO + DA CAIO.

CRM PE 2590
CRM PE 2590
CRM PE 2590
CRM PE 2590

Assinatura e Carimbo/Médico



Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para _____

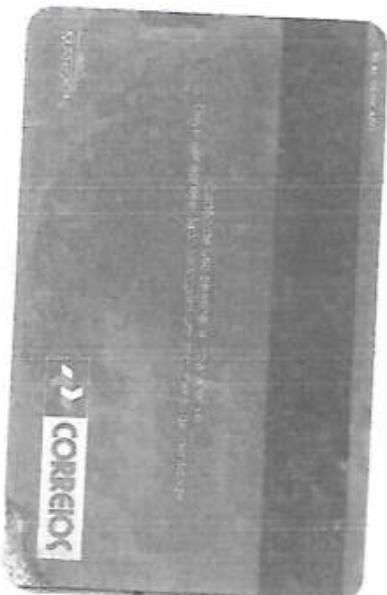
() Encaminhado ao setor de internação





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 14

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 105.544.554-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2020

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Titular do CPF: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA : 105.544.554-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/10/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENAUTO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 15

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Lucas Felix de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 8.391.350.505-PE
CPF: 105.544.554-47
Profissão: Desempregado
Endereço: Rua 13 de Setembro, nº 1131, N.º da coluna 1º Pavimento, Paulista - PE
CEP: 53431-245
Telefone: (81) 99543 4554

OUTORGADO:

Nome: Renato César M. Cavalcanti
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 6162609.558-PE
CPF: 039.232.004-95
Profissão: Advogado
Endereço: Av. Bernardo de Mello, nº 1551, sala 01, Ferraz / Pledorio / Jardim Guanabara - PE
CEP: 54410-010
Telefone: (81) 99543 4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Lucas Felix de Oliveira

Rio de Janeiro, 28/09/2020.

Local e data

Lucas Felix de Oliveira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

Vítima: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

CPF: 105.544.554-47

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/01/2020

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Titular do CPF: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA : 105.544.554-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/10/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 16:28:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113016280051800000070403735>
Número do documento: 20113016280051800000070403735

Num. 71811120 - Pág. 17