



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	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	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

00020527



Carta nº 16245319



## 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:

105.544.554-47

Nome completo da vítima:

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:

Lucas Felix de Oliveira

CPF:

105.544.554-47

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Belo Horizonte

Número:

1131

Complemento:

-

Bairro:

Vila do Olíbio Manoel

Cidade:

Paulista

Estado:

PE

CEP:

53431-275

E-mail:

renatamalhewski@outlook.com

Tel.(DDD):

(21) 44543.4554

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

### 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: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

MORTE

Local e Data, Recife, 28/09/2020

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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:

105.544.554-47

Nome completo da vítima:

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:

Lucas Felix de Oliveira

CPF:

105.544.554-47

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua Rio Horizonte

Número:

1131

Complemento:

-

Bairro:

W. do Ol'fau Marcelo

Cidade:

Paulista

Estado:

PE

CEP:

53431-275

E-mail:

renatamalhew@outlook.com

Tel. (DDD):

(81) 44543.4554

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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

☐

AGÊNCIA: ☐

☐

CONTA: ☐

☐

☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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:

#### TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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

COMPANHIA ENERGIA DE SÃO PAULO  
Av. João de Barros, 111, São Vitor, RJ 200 - RJ, CEP 07000-002  
CNPJ 00.035.002/0001-00 | Insc. Est. 0003949-00 | www.cesp.com.br

CLIENTE: LUISMITE FELIX DE LIMA  
ENDEREÇO: RUA BELO HORIZONTE 1131  
CIDADE: SAO PAULO AMARELO  
PAULISTA PE  
CEP: 060546-704-15 NIS: 1653556502  
CPF: 060546704-15 NIS: 1653556502

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COMMS  
Monofase

CONTA: 2149905025  
PERÍODO: 08/2020

109,64

COMPARATIVO DA ÚLTIMA FATURA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TL50 de 30 kWh	30,000000	0,14020936	4,27
Consumo-TL50 superior a 30 de 100 kWh	70,000000	0,25591555	17,91
Consumo-TL50 superior a 100 de 73 kWh	73,000000	0,35568340	27,25
Consumo-TE de 30 kWh	30,000000	0,15765204	4,82
Consumo-TE superior a 30 de 100 kWh	70,000000	0,21801467	15,26
Consumo-TE superior a 100 de 73 kWh	73,000000	0,32024461	23,38
Contrib. para Fidejuss. Muni. - 1ª			14,22
ICMS Substit. - 1ª Etapa - 12%			2,95
PRECATORIO - 1ª Etapa - 12%			7,00

COMPARATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO	TIPO DE FATOR	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANTERIOR
PERÍODO	FATOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	

COMPARATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DE FATOR	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANTERIOR
PERÍODO	FATOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	

COMPARATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DE FATOR	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANTERIOR
PERÍODO	FATOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	

COMPARATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DE FATOR	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANTERIOR
PERÍODO	FATOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	

COMPARATIVO DE CONSUMO

PERÍODO	TIPO DE FATOR	ANTERIOR	ATUAL	PERÍODO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO ANTERIOR
PERÍODO	FATOR	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02  
**NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Empresa Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-900  
CNPJ 10.830.830/0001-08 (Insc. Est. 07.0463.01) www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551  
AP-01

CPF: 039.232.004-55

FIDELIDADE/PAZES  
JARDIM DOS GUARARAPES PE  
54410-010**CLASSIFICAÇÃO**B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

CONTINUTOS FISCAL	DATA	EMISSÃO
07081947	09/09/2019	23/09/2019
REPRESENTAÇÃO	07081947	07081947
23/09/2019	20/10/2019	19/10/2019

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7025325626	09/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	215,30

**DEFINIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	213,000000	0,77952220	166,47
Acrescimo Bandeira VERMELHA			11,87
Contrib. Sum. Pública Municipal			37,81
ICMS Subvenção COE-NF 07082826-04/07/19			1,25
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>215,30</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	POSTERIOR DATA	LEITURA	Nº DE CONSUMO	CONSUMO (kWh)
38184219	CAI	25-08-2019	9.26120	23-09-2019	9.17420	30	211,20

**CONSUMO DE CONSUMIDOR****INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO**

ICMS	PIS	COFINS
176,44	176,44	176,44

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia (Consumo)	166,47	77,32%
Acrescimo Bandeira (CAI)	11,87	5,51%
Perda de Energia	11,87	5,51%
Outros	5,11	2,38%
<b>Total</b>	<b>215,30</b>	<b>100%</b>

**VALORES A PAGAR**

215,30

**RESERVAÇÃO DE FISCOS**

30P/B 9450 4840 ECCD A2-D 3180 55ED FF33

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para a correta leitura desta fatura, é necessário que o consumidor esteja em dia com o pagamento da conta anterior. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para outro titular. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para outro titular. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para outro titular.

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia (Consumo)	166,47	77,32%
Acrescimo Bandeira (CAI)	11,87	5,51%
Perda de Energia	11,87	5,51%
Outros	5,11	2,38%
<b>Total</b>	<b>215,30</b>	<b>100%</b>

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia (Consumo)	166,47	77,32%
Acrescimo Bandeira (CAI)	11,87	5,51%
Perda de Energia	11,87	5,51%
Outros	5,11	2,38%
<b>Total</b>	<b>215,30</b>	<b>100%</b>

CONTA CONTRATO 7025325626 MÊS/ANO 09/2019 DATA DE EMISSÃO 30/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 215,30

83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorabrasil.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221200 ou 0800 221206) (seu fone para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro e ao financiamento do tráfico de drogas, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e a faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, **impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT**, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

\*Entendimento do Conselho Superior de DPVAT: a seguradora pode optar por não realizar o cadastramento, desde que a pessoa segurada não seja alta renda, ou seja, não possua capital que se enquadre no conceito de alta renda.

\*Conceito de Capital de Capital: é o patrimônio líquido integrante da estrutura de Mercado de Capitais, conforme definido no artigo 1º da Lei nº 6.395/1976, aplicável para fins administrativos, e inclui também o patrimônio líquido das empresas controladas da Seguradora.

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti, inscrito(a) no CPF nº 039.232.004 / 35,  
na qualidade de Procurador(a) Intermediário(a) do Beneficiário Lucas Felix de Oliveira, inscrito(a)  
(a) no CPF sob o nº 105.544.554 / 47, do sinistro de DPVAT sob o nº invalidiz da Vítima  
Lucas Felix de Oliveira, inscrito(a) no CPF sob o nº 105.544.554 / 47, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora, que não resido no endereço abaixo, anexando a cópia do documento provante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica em sanções previstas no art. 249 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Estado	CEP	Telefone
Av. Bernardo Vieira de Melo	Recife	PE	51410-010	(81) 99543-4754
Prado	Jaboatão dos Guararapes	PE	51410-010	(81) 99543-4754
Email: <u>renatomalheiro@outlook.com</u>				

Recife, 28 de 09 de 2020

(Assinatura)

Renato César M. Cavalcanti

Assinatura do Declarante

DI-DRE 001/001/2017



## HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2020 23:52

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: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA COM SENHA 5850931 COM FRATURA DE 3 MTC+ SINDROME COMPARTIMENTAL.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM
- GLICOSE: 87.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

ENCAMINHADO  
P. LIMA

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





Protocolo de Encaminhamento

<p align="center"><b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b></p> <p>Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) <b>SENHA 9850 938</b>          Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )</p>	
<p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p>Nome do Paciente: _____ Idade: <u>25</u>          Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: _____ Fone: _____          Endereço Residencial: _____ Bairro: _____          Cidade: <u>Paulista</u></p>	
<p align="center"><b>CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)</b></p> <p>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</p>	
<p align="center"><b>CAUSAS CLÍNICAS</b></p> <p>História Clínica Atual: <u>Dr + Edema importante em Mão (D).</u>          Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura de 3º Metacarpo + Sind.</u>  <u>Compartmental.</u></p>	
<p align="center"><b>AVALIAÇÃO CLÍNICA</b></p> <p>Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x          Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )          Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )          Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )          Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )          Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )          Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )          Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )          Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )</p>	
<p>FR: RN 35-50          &lt; 1 ano 30-50          Crianças 20-30          Adulto 12-30</p>	<p>FC: RN 120-160          &lt; 1 ano 90-140          Criança 80-110          Adulto 60-100</p>





## FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 510810

Usuário: ROBERTAMB

### DADOS DO PACIENTE

Paciente:	LUCAS FELIX DE OLIVEIRA			Prontuário:	132905
Idade:	25a 10m 19d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	15/02/1994
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP 53431275		
Endereço:	RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301		1031 - NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA - PE		
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação: 02/01/2020 23:39		
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano: GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	
Médico Internação:	FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES		Leito:	VERD2-19	

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	Numero:		03 102/20
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	CLAUDEVAN SOUSA FATURISTA

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	02/01/2020	Hora da Alta:	
Motivo:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência
	<input type="checkbox"/> Óbito	<input checked="" type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta:	estável. EGB		
Diagnóstico Principal.....:	Fx 3º LTC		
Diagnóstico Secundário01.:	HAS		
Diagnóstico Secundário02.:			
cedimento.....:			

Adauto Telino  
Neurologia / Ortopedia  
CRM 20897-PE e CRM: 15566

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, anestésias, 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





MIGUEL ARRAES



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUCAS FELIX DE OLIVEIRA  
NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

DATA NASC.: 15/02/1994  
REF: 137905

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: EDEMQA 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
	João Bosco B. C. Neto Ortopedia / Traumatologia CRM-MG nº 26.670







# Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES
2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES
4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - Nome do Paciente	LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
6 - Nº Prontuário	132905
7 - Cartão Nacional do SUS	898004053317268
8 - Data de Nascimento	15/02/1994
9 - Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
10 - Raça/Cor	04 - Amarela
10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
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	PAULISTA
17 - IBGE	261070
18 - UF	PE
19 - CEP	53431275

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MÃO 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	S623
25 - CID 10 Secundário	W199
26 - CID 10 Causas Associadas	V29.9 23.01.06.007
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	
28 - Código do Procedimento	0415020069
29 - Especialidade	CIRÚRGICA
30 - Caracter de Atendimento	2
31 - Documento	(X) DNS ( ) CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	170519131480007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES
34 - Data da Solicitação	02/01/2020
35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	João Bosco B. C. Neto 10605
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora
37 - Acid. Trabalho Típico	40 - Nº Bolete
38 - Acid. Trabalho Trajet	41 - Série
42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa
44 - CBOR	
45 - Vínculo com a Previdência	
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado	
46 - Nome do Profissional Autorizador	
AUTORIZAÇÃO	
47 - Cód. Órgão Emissor	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
	Adalberto T. Neto 10605
52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
262010245115-3	

Código do Laudo: 510641





Atendimento: 510641

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

Senha da Classificação:

0058

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 VITIMA DE TRAUMA E  
MÃO DA COMPLEXÃO NO MEMBRO  
APÓS QUEBRA DE MO TO

Exame Físico

Edema ++ (+) - Flexo extenso (+)

Hipótese Diagnóstico

Ex 3. MTC - SIND. COMPARTIMENTAL?

Prescrição Médica

Tramadol 50mg 2FA + 100mg SF  
DIPLOMA 1kg + 406L  
FARO ANALGESIA E DEIXO  
EM OBSERVAÇÃO + DA LAID.

Assinatura e Carimbo/Médico

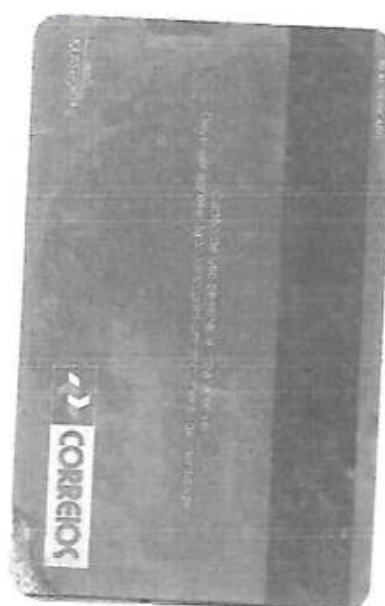
Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação







## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0296570/20

**Vítima:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**CPF:** 105.544.554-47

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 01/01/2020

**Titular do CPF:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Lucas Felix de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: solteiro  
Identidade: 8.391.350 505-PE  
CPF: 105.544.554-47  
Profissão: Desempregado  
Endereço: Rua Vitor Horizonte, nº 1131, N. Gra do O1 Pau Amarelo, Paulista - PE  
CEP: 53431-215  
Telefone: (81) 99543 4554

### OUTORGADO:

Nome: Renato César M. Cavalcanti  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: solteiro  
Identidade: 6162609 SSP-PE  
CPF: 039.232 004-55  
Profissão: Advogado  
Endereço: Av. Bernardo Lima de Melo, nº 1551, Sala 01, Terra / Piedade I  
CEP: 54410-010 João dos Quaresma - PE  
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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Lucas Felix de Oliveira

Recife, 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

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 01/01/2020

**Titular do CPF:** LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

### 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](http://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

