

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/04/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	317053133802
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THEOTONIO DA SILVA PINTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00772

CONTA: 000000047550

Número da Autenticação

ED99F3B2C8091A11

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

317053133801

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THEOTONIO DA SILVA PINTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00772

CONTA: 000000047550

Número da Autenticação

5DCD72C983FE9FB9

**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

Número do Sinistro: 3170531338
Nome do(a) Examinado(a): Theotônio da Silva Pinto
Endereço do(a) Examinado(a): R Rui Barbosa, 355 (87)99995-3166
Centro Araripina PE CEP: 56280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1985865
Data local do acidente: [10/08/2017]
Data local do exame: [12/04/2018] Juazeiro do Norte [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA/LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ARARIPINA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FIXADOR EXTERNO. FEZ 60 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: DEFORMIDADE ÓSSEA.
Data da Alta: 10/12/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZES IRREGULARES, SUGESTIVAS DO USO DE FIXADOR EXTERNO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE GRAVE DO COTOVELO ESQUERDO, PELO AUMENTO DE VOLUME, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "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):

COTOVELO - Lado Esquerdo

% 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

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

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



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

ATESTADO MÉDICO

Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.559/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.524/2003

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário que examinei o paciente abaixo indicado e constatai que o (a) Examinado (a) é portador (a) de patologia (s) relacionada (s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente LEONILDO DA SILVA PINHO

Com início da doença em 10.08.14

Respectiva classificação CID 10 S.50 - S59 CID 10

Diagnóstico patologias verificadas:
Exclusão da personalidade, com distúrbio
epitético do H.S.F.

Quais as consequências da patologia constatada para a saúde do (a) paciente?
Exclusão da personalidade com distúrbio
epitético do H.S.F.

A (s) patologia (s) constatada (s) o incapacita (m) para o trabalho ou para vida independente (se menor) atualmente?

- () Não existe incapacidade laborativa, nem para vida independente.
() Incapacidade laborativa para realizar suas atividades ou para vida independente total e definitiva.
☒ Incapacidade laborativa para realizar suas atividades ou para vida independente total e temporária.
() Incapacidade laborativa para realizar suas atividades ou para vida independente parcial e definitiva.
() Incapacidade laborativa para realizar suas atividades ou para vida independente parcial e temporária.

- Caso a incapacidade seja temporária, Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do (a) paciente, considerando que o (a) mesmo (a) siga o tratamento indicado para a patologia?

Atividade de repouso 7 (sete) meses

08/03/18

NOME DO MÉDICO

Dr. Maurício Almeida Filho
Psiquiatra - CRM 10.000
CRMES 10.000

Nº CRM

ARUANA SEGUNDO
03 ABR 2018

Hospital Regional Fernando Bezerra
Relatório Médico de Alta

Nome: THEOTONIO DA SILVA PINTO
Rég.: 211001 Pront.: 175492
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 28/02/1982
Conv.: SUS

CHAURO POR FAVOR
VERIFIQUE O ATENDIMENTO DE
TA ROTA

Idade: 35
Admissão: 11/08/2017 09:00

Alta:

Admissão:

Documentação médica - hospital:



Evolução / Conduta:

OPS: AUTORIZADO
POR EDSM

Diagnóstico

Principal: S53 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSAO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS DO COTOVELO;
Outros: S52 FRATURA DO ANTEBRACO. NOTA: AS SEGUINTES SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS PARA USO
OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CIONIFICAÇÃO DE CAUSAS
MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA
OU ABERTA

Internação:

Unidade: TRAUMATO-ORTOPEDIA

Orientação:

Condição de Alta:

Médico Responsável:
CRM:

Admissão: 11/08/2017 09:00
Alta: 11/08/2017 09:00
Tipo de Alta: 1

Por favor

Cefalexima 500 mg caps. 28 caps.
fornecer 1 cap. de 6/6h (por 7 dias)

Paracetamol 500 mg cp.
fornecer 1 cp. de 6/6h (x 4 dias)

Xefo 800 mg cp.
fornecer 1 cp. de 12/12h (só 3 dias)

TRES.

ARUANA SEGUROS
29 SET 2017

8/24
SUT 0021

1988 16 1600
2150 1110 100 1110 1110
SANTA CASA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO GOMES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - GRG

Data: 10/08/2017 17:01 N. Tratamento: 1

Nome: TEOTONIO DA SILVA PINTO
End: RUA BARAO DE TEFER, 440
Bairro: CENTRO Cidade: ARARIPINA - PE Telefone: 87991375733
Sexo: Masculino Prof.: Nascimento: 28/02/1982 Idade: 35
Mãe: MARIA CELINA DA SILVA Responsável:

Pront.: 175475

BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE ENCAMINHADO DE ARARIPINA, APRESENTANDO LUXAÇÃO EM MSE, SOLICITADO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES:

PERIÓDICO

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- De fratura

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AValiação 2 MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR

- DOR

ENCAMINHAMENTOS

- Cirurgia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

- PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR E EDIÇÃO EM REGIÃO DO COTOVELO E OMBRO

- COLETO EXAMES

Peso:

PAI: 50 kg

Altura:

HCT: 40 g/dL

PRG: 17

Temperatura:

Paciente chegou: ☒ Acidente ☐ De Alto ☐ Acidente

Antecedentes: ☒ Santa ☐ Campes

() Adquirente do Trabalho () Caso Político

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

Dr. JOSE LINS DE A. NETO - TEOT 15091

CRÉDITO: 20.456 - TEOT 15091
Ortopedista e Traumatologista
Dr. José Lins de A. Neto

ARUANA SEGUROS

29 SET 2017

HOSPITAL
SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA

PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
1ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - 1ª GERES

Data: 10/08/2017 17:01 N. Tratamento: 1

Pront.: 175475

Nome: TEOTONIO DA SILVA PINTO

End.: RUA BARAO DE TEFER, 440

Bairro: CENTRO Cidade: ARARIPINA - PE Telefone: 87991375783

Sexo: Masculino Prof.: Nascimento: 23/02/1982 Idade: 35

Mãe: MARIA CELINA DA SILVA Responsável:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

Óbito às _____ H _____ Min.
DESTINO DO PACIENTE
☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO
ENCAMINHADO:
REMOVIDO:

Data: _____

ASSINATURA: CARIMBO CRM: CRM
DR. JOSE LINS DE A. NETO - TEOT 15091
CRM: 20456

Dr. José Lins de A. Neto
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PE: 20.456 - TEOT 15091

Dr. JOSE LINS DE A. NETO - TEOT 15091

ARUANA SEGUROS

29 SET 2017



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA INTERNAÇÃO: 11/08/2017 09:06:04

NOME: THEOTONIO DA SILVA PINTO

ENDEREÇO: BARÃO DITA FE

MUNICÍPIO: ARARIPINA

URUBALIDADE: ARARIPINA

PROFISSÃO:

RESIDÊNCIA: MARIA CELINA DA SILVA

RESIDÊNCIA: PEDRO JOSÉ ARAÚJO PINTO

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:

CPF: 703003615887975

DATA NASCIMENTO: 18/02/1982 PRONTUÁRIO: 175492

IDADE: 35 anos(s) 5 meses(s) 5 dias(s)

BAIRRO: CENTRO

Nº: 440

SEXO: MASCULINO

COR: BRANCA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

RG:

CPF:

ALA: TRAUMATO-ORTOPEDIA

Leito: ENF 6 VIRT 3

PARENTESCO:

ESCOLARIDADE:

OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE:

DATA:

HORA:

NATUREZA DO
ACIDENTE

☐ Casual

☐ Acid. Trânsito

☐ Intoxicação

☐ Tent. Suicídio

☐ Queda

☐ Acid. Trabalho

☐ Agressão

☐ Outras Causas

ATENÇÃO MÉDICA

EXAME:

☐ Clínico

☒ Cirúrgico

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

PRESSÃO ARTERIAL:

PULSO:

TEMPERATURA:

PESO:

DIAGNÓSTICO GERAL:

DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO:

ESCOLARIDADE OUTRAS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DE ALTA

Curado

☐ Inalterado

☐ Óbito em

☐ +48 Horas

☐ Decisão Médica

☐ Indisciplina

Melhorado

☐ Piorado

Hora

☐ -48 Horas

☐ Alta Pedida

☐ Evasão

TRANSFERIDO PARA:

☐ Transferida

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ARUANA SEGUROS

29 SET 2017

RECEPCIONISTA

MÉDICO - CREMEPE

Relatório Médico de Alta

Nome: THEOTONIO DA SILVA PINTO
 Reg.: 211001 Pront.: 175492
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 28/02/1982
 Conv.: SUS

Idade: 35
 Admissão: 11/08/2017 09:06

Alta:

Admissão:

Evolução / Conduta:

Diagnóstico:

Principal S52 LUXAÇÃO, ENTORSE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS DO COTOVELO;
 Outros S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEQUINTES SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO
 OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS
 MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRACTURA E FERIMENTO. UMA FRACTURA NÃO INDICADA COMO FECHADA
 OU ABERTA

Internação:

Unidade TRAUMATO-ORTOPEDIA

Admissão 11/08/2017 09:05 Alta/Transferência Torço

Orientação:

Condição de Alta:

Tipo de Alta:

Médico Responsável:
 CRM:

[Handwritten signature and stamp]
 O Dr. Theotonio da Silva Pinto, CRM 150724/21, Médico Responsável, declara que o paciente Theotonio da Silva Pinto, CPF 000.000.000-00, foi atendido no Hospital Regional Fernando Bezerra, em 11/08/2017, e que a alta foi dada por motivo de alta médica.

ARUANA SEGUROS
 29 SET 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA

OURICURI – PERNAMBUCO

BOLETIM DE CIRURGIA

PACIENTE: THEOTONIO DA SILVA PINTO

DATA: 11/08/2017

CIRURGIA REALIZADA: REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DE COTOVELO COM LESÃO
LIGAMENTAR

ANESTESIA: BLOQUEIO + SEDAÇÃO

ANESTESISTA: DRA REGINA

CIRURGIÃO: DR. JOSÉ LINS / DR ALEXANDRE VIEIRA

INÍCIO:

TÉRMINO:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSE MSE
3. VIA DE ACESSO POSTERIOR
4. VISUALIZADO LESÃO DE TRÍCEPS E LIGAMENTO COLATERAL LATERAL
5. FRATURA DO CORONÓIDE
6. VISUALIZADO FRAGMENTO INTRA-ARTICULAR E RETIRADO EM SEGUIDA
7. REALIZADO NEUROLISE DO NERVO ULNAR
8. REDUÇÃO CRUENTA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
9. MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR GARANTINDO A
REDUÇÃO E PARA PROTEÇÃO DE REPARO LIGAMENTAR
10. REALIZADO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR.
11. LIMPEZA
12. CURATIVO

ARUANA SEGUROS

29 SET 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DE OURICURI - PE
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: <u>Thaís de S. Pinto</u>		Idade: <u>35 anos</u>		Sexo: <u>M</u>		Cor: <u></u>	
Hospital: <u>HREB</u>		Enfermaria: <u></u>		Leito: <u></u>		Nº. Prontuário: <u>175482</u>	
Data: <u>11/08/18</u>	Pressão Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros	
Urina							
Ap. Respiratório						Asma	
Ap. Circulatório						Eletrcardiograma	
Ap. Digestivo			Dentes	Pescoco	Aparelho Urinário		
Estado Mental			Ataroxicos	Corticoides	Alergia Hipotensores		
Diagnóstico Pré-Operatório						Estado Físico Risco	
Diagnóstico Pós-Operatório						Anest. Anteriores	
Medicação Pré-Anestésica				Aplicada às	Efeito		

AGENTES ANESTÉSICOS	02	Sedação + Bloqueio de nervos braquiais									
	LÍQUIDOS	F R E									
CÓDIGO		V. P. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - RESPIRAÇÃO									
	SIMBOLOS ANOTAÇÕES										

INDUÇÃO

Satisf. Excit. Tosse:

Laringo Espasmo: Lenta:

Náuseas: Vômitos:

Outros:

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf.: Sim Não

Não. Por quê?

DESPERTAR

Reflexos na SO

Obstr. CO Excit.

Náuseas Vômitos:

Outros:

Com Cânula

Para o Leito: Sim Não:

CONDIÇÕES

Posição		ARUANA SEGUROS
Agentes		29 SET 2017
Técnica	<u>Sedação + Bloqueio de nervos braquiais</u>	
Operação	<u>Redução de luxação de cotovelo com lavagem artroscópica</u>	
Cirurgiões	<u>Dr. José Lima + Dr. Alexandre Almeida</u>	
Anestesistas	<u>Dr. Reginaldo Celso Dias</u>	
Observações	<u>Sem intercorrências</u>	

Reginaldo Celso A. Dias
Médico Anestesiologista
CRM-PE 4321

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 200ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARARIPINA -
DP200ªCIRC DINTER2/24ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0290002816**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/09/2017** às
10:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **10/8/2017** às **15:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ARARIPINA, 1, MARGEM DA
BR-316, PRÓXIMO AO POSTO TREVO - Bairro: CENTRO -
ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR VAGENTE)
JOSÉ ROBERTO VIEIRA (OUTRO)
JAMISON LEOPOLDO DE LIMA (TESTEMUNHA)
THEOTONHO DA SILVA PINTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

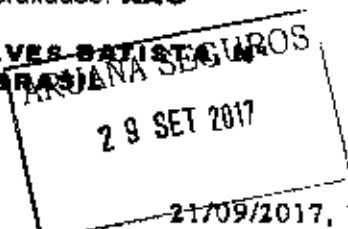
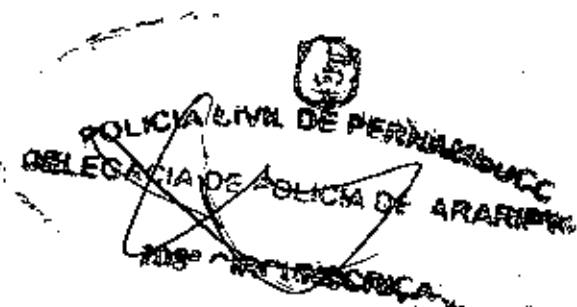
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
THEOTONHO DA SILVA PINTO

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

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

**THEOTONHO DA SILVA PINTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
CELINA DA SILVA Pai: PEDRO JOSÉ ARAÚJO PINTO Data de Nascimento: 28/2/1982
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ARARIPINA, 1, RUA, RUI BARBOSA, Nº 388 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JAMISON LEOPOLDO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA LUCINEIDE DA SILVA LIMEIRA Data de Nascimento: 29/8/1969 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ARARIPINA, 1, AV. FLORENTINA ALVES BATISTA, Nº
1129 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**



JOSÉ ROBERTO VIEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **ARARIPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ARARIPINA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ARARIPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ROBERTO VIEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THEOTONHO DA SILVA PINTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGL5961** (PERNAMBUCO/ARARIPINA) Renavam: **074285039** Chassi:

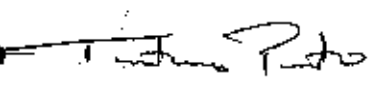
9C2JC30708R003670

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VÍTIMA AFIRMA QUE VINHA TRAFAGANDO NA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, PELA AV. FLORENTINA ALVES BATISTA, QUANDO FOI CHEGANDO NO TREVO QUE DAR ACESSO A BR-318, DERRAPOU EM UM XERÊM DE PEDRA E CAIU NO CHÃO, O ACIDENTE CAUSOU LUXAÇÃO, ENTORCE E DISTENSÃO DAS ARTICULAÇÕES E DOS LIGAMENTOS DO COTOVELO, FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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

THEOTONHO DA SILVA PINTO 
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  **JALEI FREIRE DE CASTRO AGRA** - Matrícula: **2269462**



ARUANA SEGUROS
29 SET 2017



Seguradora

LIDER

Autorização de pagamento

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

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, Theotonio da Silva Pinto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.985.865 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 09/05/98
 CPF 304006598-29 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO Enfermeiro
 E RENDA MENSAL DE R\$ 981,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Theotonio da Silva Pinto AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 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.

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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0912 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 47550-5
09.013

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



Procurador 21 de Setembro de 2014
 LOCAL E DATA

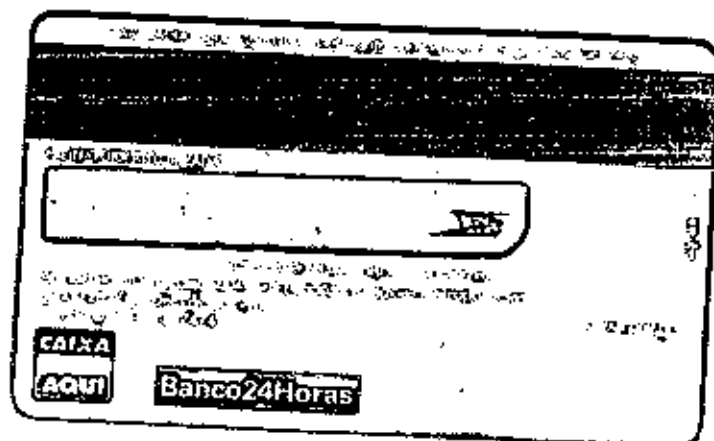
Theotonio da Silva Pinto
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ARUANA SEGUROS
29 SET 2017



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12707799

A/C: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Nº Sinistro: 3170531338
Vítima: THEOTONIO DA SILVA PINTO
Data do Acidente: 10/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIA MARCIA MOREIRA FEITOSA

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: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000772

Conta: 0000047550-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12045942

A/C: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Nº Sinistro: 3170531338
Vítima: THEOTONIO DA SILVA PINTO
Data do Acidente: 10/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIA MARCIA MOREIRA FEITOSA

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: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000772

Conta: 0000047550-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11789829

A/C: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170531338 ASL-0382222/17

Vitima: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Data Acidente: 10/08/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA MARCIA MOREIRA FEITOSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/08/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2017

Carta nº: 11766187

A/C: THEOTONIO DA SILVA PINTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170531338 ASL-0382222/17
Vítima: THEOTONIO DA SILVA PINTO
Data Acidente: 10/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIA MARCIA MOREIRA FEITOSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

