



Seguradora Líder - DPVAT

**Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2014**

**Carta nº: 4997095**

**A/C: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO**

**Sinistro: 2014729003**  
**Vitima: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO**  
**Data Acidente: 08/04/2014**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador:**

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2014

Carta nº: 5313007

A/C: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Sinistro: 2014729003  
Vítima: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
Data Acidente: 08/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000033366-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2014

Carta nº: 5313008

A/C: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Sinistro: 2014729003  
Vítima: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
Data Acidente: 08/04/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000033366-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000033366-1

---

Nr. da Autenticação 002FB3DECE477FEF



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Autorização de pagamento



\*0014\*

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU Milton Antonio Cavalcanti de Santana Filho PORTADOR(A) DO RG Nº 6341903 EXPEDIDO POR SSP-PE/DETRAN EM 28/02/12 E CPF 043605439-06 CNPJ 00000000-00 PROFISSÃO ABOLDOU E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Milton Antonio C. de Santana AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Sussep 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 0648 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 33366-1

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

LOCAL Recife DATA 25/04/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Milton Antonio

Carvalhanta de Santana Filho



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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

MBM

SEGURADOR

01 SET 2014

SINISTRO DPVAT



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AEROPORTO RECIFE  
DATA: 14/08/2014 HORA: 16:41:11  
TERMINAL: 00471162 CONTROLE: 004711628316

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0678.013.00033366-1  
NOME: MILTON ANTONIO C DE S FILHO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: **23.00**

NÚMERO DO ENVELOPE: 3863842886  
NÚMERO DE CONTROLE: 226374175

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-725 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

MBM  
SEGURADORA

01 SET 2014

SINISTRO DPVAT



0638 013 33366-1  
Escreva novamente para obter o encaminhamento do número da caixa

17 156 4004

Mais informações consulte o site: [caixa.gov.br](http://caixa.gov.br)  
0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474  
Reservas, Atendimentos e pessoas com deficiência auditiva ou de fala. Ouvidoria

MBM  
SEGURADORA  
01 SET 2014  
SINISTRO DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBURGO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 014A. CIRCUNSCRICAO - VARZEA

Boletim de Ocorrência



-0001-

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0104002960

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/05/2014 às 09:51

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 8/4/2014 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA AFONSO OLINDENSE, 01 - Bairro: VARZEA -

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR E AGENTE )

MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LICIENE PAULINA DE SANTANA Pai: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA Data de Nascimento: 26/3/1986

Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6371903/SSP/PE (RG), 01360543406 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: - 88993262

Endereço Residencial: RUA DOUTOR CORREIA DA SILVA, 154 - CEP: 65000-000 - Bairro: VARZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

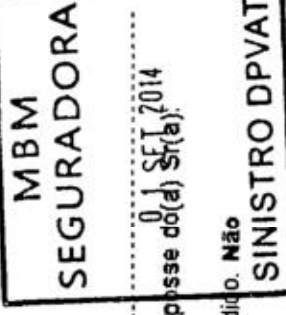
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido. Não Quantidade. (UNIDADE NÃO INFORMADA)

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO, RG 6371903 SSP-PE, PARA INFORMAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL NO MOMENTO QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADO POR UM MOTOTAXISTA. INFORMA AINDA QUE O ACIDENTE OCORREU DEVIDO À UMA COLISÃO ENTRE A MOTOCICLETA E UM CACHORRO E QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE DE





BOMBEIROS E CONDUZIDO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E DEPOIS FOI ENCAMINHADO À SANTA CASA DE MISERICÓDIA- SANTO AMARO. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO ESTE REGISTRO.

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

*Milton Antônio Cavalcanti de Santana Filho*  
MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO  
(VITIMA)

B.O. registrado por: FREDERICO ALBERTO VELOSO BRAGA - Matrícula: 350830-7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Cessão da Insistência de IML



\*0004\*

Eu, Hilton Antonio Cavalcanti de S. Filho, portador da carteira de Identidade nº 634190355P-CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 043609434-06, residente e domiciliado na Rua Dr. Leônidas da Silva nº 454A, Cidade Recife, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ☒ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Milton Roberto Cavalcanti de Santana

Filho

MBM SEGURADORA
01 SET 2014
SINISTRO DPVAT

Recife 25/09/14

Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Milton Antônio Cavalcanti de Santana Filho,

RG nº 6344903, data de expedição 28/02/12, Órgão SSP-PE/DETRAN.

CPF nº 013605434-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Da Lorrain da Silva</u>
Número	<u>454 A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Nazare</u>
Cidade	<u>Rio de Janeiro</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>50441-140</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8646-1046 / 9284-4201</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

MBM
SEGURADORA
01 SET 2014
SINISTRO DPVAT

Local e Data: Recife 25/04/14

Assinatura do Declarante: Milton Antônio Cavalcanti de Santana Filho

[illegible]

Id. do Paciente	Tipo de Punção	Anterior nº=0	Atual nº=1	Constante	Quantidade	Consumo
91043610	CAT	06/12/2013	12.856,00	07/01/2014	12.856,00	327,00

[illegible]

**Informações Importantes sobre o Conto de Energia**

A partir de 2015, a tarifa de energia para o setor residencial será reajustada em 10% mais, estando em vigor a bandeira AMARELA. A tarifa residencial com desconto em 0,015 (centavos) por kWh será mantida.

Pagamento em até 30 dias: Multa 2% (Lei 4740/ANEE-09/09/10) e, a partir de 10 de Junho de 2012, no próximo mês.

Parcelação do ICMS conforme art. 9º, XI, VII, 8º, 2.2.2 do RICMS/PE-2010.

O cliente é compensado quando, na votação na contrapartida, o nível de tensão de fornecimento.

Desconto pela abate da Tarifa Social de Energia Elétrica (Lei Nº 10.438 de 26/04/02) - R\$ 20,37

O cliente é compensado quando há descompromisso do plano de distribuição para os pacotes de atendimento comercial.

Em caso de interrupção de fornecimento, o consumidor poderá receber após 2 ciclos de faturamento, podendo ainda ser estimado o custo de oportunidade, no caso em que ocorrer a suspensão.

**celpe**  
Grupo Neenergia


LUCIENE PAULINO DE SANTANA  
PX AO COLEGIO POLIEDRO

PX AO COLEGIO POLIEDRO  
RUA DR CORREIA DA SILVA 154 A

VARZEA/RECIFE  
50741-140 RECIFE PE

Conta Contrato: 1090219010  
Medidor: 91043610  
Un. Leitura: 02061133  
Sequência: 00113  
Poste: B068039

[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

 FUNDACÃO  
ABONG  
ECONOMICA

EMPRESA  
ANEXA DA  
CIPLANIA

MISTO  
Papel  
FSC C102208

Conta Contrato: 1090219010

Medidor: 91043610

Un. Leitura: 02061133

Sequência: 00113

Poste: Bn68039



**CHEGOU O VERÃO.**  
CURTA ESSA ESTAÇÃO UTILIZANDO  
A ENERGIA DE FORMA SEGURA E EFICIENTE.  
ACESSO O SITE DA CIEE E CONHEÇA AS DICAS.

ACESSO O SITE DA CEPE E CONTRA AS DICAS.

MBM  
SEGURADORA

01 SEP 2014

SINISTRO DPVAT



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br  
www.santacasarecife.org.br



Nome: **MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANATANA FILHO**

Nº Registro: 257361

Sexo: Masculino

Idade: 28 ano (s)

Data: 05/05/2014 / 07:09 Convênio:

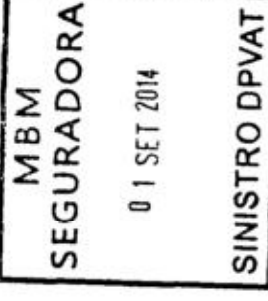
SUS - AMB

## **LAUDO PERNA ESQUERDA AP/P**

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY  
CRM: 010755

CHAPA: 114.94729





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife  
**HOSPITAL SANTO AMARO**  
Convênio SUS

LAUDO MÉDICO
Paciente: <i>MILTON A. C. ME S.</i>
Diagnóstico: <i>fratura ossos perna esquerda</i>
CID: <i>S 82.</i>
OBS: <i>OPERADO.</i>
Previsão ortopédica de afastamento do trabalho: <i>06 (seis) meses</i>
<i>11</i>

11  
STC 007 0001 A 0  
STC 007 0001 A 0  
STC 007 0001 A 0

MBM  
SEGURADORA

01 SET 2014

SINISTRO DPVAT



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 947434

ATENDIMENTO: 105768

Nome: MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO

Data Nasc.: 26/03/1986

Idade: 28

Sexo: MASCULINO

CPF: 6371903 SSP-PE

CNS:

Endereço: RUA DOUTOR CORREIA DA SILVA

Nº: 154

Estado: PE

Bairro: VARZEA

Cidade: RECIFE

CEP: 50741140

Fone: 88483770

Profissão:

Nome da Mãe: LUCIENE PAULINA DE SANTANA

Acompanhante: ANA PAULA DA ROCHA COELHO

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. ENF. ADRIANA DA SILVA - CORPO DE BOMBEIROS SD. JAQUELINE MACHADO AR637

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA 08/04/2014 HORA: 20:33 Médico: *Dr. L. M. L.*

Queixa Principal / HDA:

*Recebeu de out. ml, c/d e MI E*

## História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: \*

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

## Exame Físico:

.: Geral Via aérea esta pérvia Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

MBM  
SEGURADORA

B: Respiratório

01 SET 2014

C: Circulatório

PA: x mm Pulso: 85 bpm

SINISTRO DPVAT

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Glasgow: Abertura Ocular  
Hora:

Glasgow: Resposta Verbal  
Hora:

Glasgow: Resposta Motora  
Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐





HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
Paciente, dpt, i-ld 2 pda	
Diagnóstico Inicial: Fator B - Tm	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
M At	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: Refund da im 20/4/14	
5/7/14 1.2220 N	
Dr. Renato Endonoloso CRM 14315	
Tratamento / Procedimentos:	
Código Procedimento:	
Ass. Médico + Carimbo	
Código Procedimento:	
Ass. Médico + Carimbo	
Ass. Enfermeira + Carimbo	
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se
Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	
Assist. Social:	
Confirmação do Endereço:	
Assist. Social:	
Providências:	Alta <input type="checkbox"/> Transfêrencia <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos <input type="checkbox"/>
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transfêrencia	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento :	
- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 08/04/2014 20:31 h	EDILENEMSR
Impressão: 08/04/2014 20:31 h	EDILENEMSR

Médico





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL

GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: Milton Antônio Cavalcanti

Registro: 947434

Data da operação: 9/4/2014

Operador: Dr. Leonardo Silveira 1º aux: DR. Ítalo Izaías

Instrumentador: Anestesista:

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Tipo de operação:

LMC + REDUÇÃO DO FOCO DE FRATURA COM FIXADOR EXTERNO

TUBO A TUBO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia + aposição de campos estéreis;
- 3) Distração da fratura de ossos da perna esquerda
- 4) Limpeza mecânica cirúrgica abundante com soro fisiológico 0,9% em foco de fratura contaminada na perna
- 5) Redução da fratura exposta na perna esquerda
- 6) Fixação com fixador externo tubo-a-tubo na tibia
- 7) Curativo
- 8) Identificada boa perfusão periférica

OBS: LESÃO COM CERCA DE 06 HORAS DE EXPOSIÇÃO ASSOCIADA A  
GRANDE CONTAMINAÇÃO

MBM

SEGURADORA

01 SET 2014

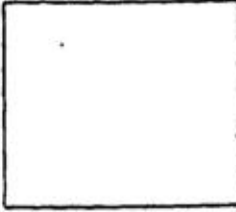
SINISTRO DPVAT

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

08/04/2014 20:17



Nome Paciente: MILTOON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FI

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 26/03/1986

Sexo: Masculino

Idade: 28

Senha: E0045

Convênio:

Atendimento:

08/04/2014 20:17 - ADRIANA DA SILVA FERREIRA - COREN: 139333 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA MUITO URGENTE

Cor:



LARANJA

Queixa Principal:

QUEDA DE MOTO + FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA

Observação:

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminador(es):

- DOR INTENSA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 100.00 BPM (RÍTMICO)

- GLICEMIA: 98.00 MG/DL

- TEMPERATURA: 36.00°C

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15

- REGUA DE DOR: 8

MBM  
SEGURADORA

01 SET 2014

SINISTRO DPVAT

Acolhido(a) por: ADRIANA DA SILVA FERREIRA

Data: 08/04/2014 20:17



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO		478396600 PLANTILHA	
478396600 TITULO EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL		478396600 PLANTILHA	
NOME: <b>WILTON ANTONIO CAVALCANTE DE SANTANA FILHO</b> DOB: <b>08/07/1903</b> <b>ESP: PE</b> CPF: <b>013.603.434-06</b> <b>DATA: 26/03/1986</b> FUNÇÃO: <b>WILTON ANTONIO CAVALCANTE DE SANTANA LACIENNE PAULINA DE SANTANA</b> RESIDÊNCIA: <b>ACQ</b> <b>DE 1986</b> <b>AD</b> NÚMERO: <b>03302576711</b> <b>VALIDADE: 16/10/2014</b> <b>1ª EMISSÃO: 11/06/2004</b> OBSERVAÇÕES: <b>sem observações</b>		LOCAL: <b>BRASIL - PE</b> <b>DATA EMISSÃO: 26/02/2013</b> ASSINATURA DO TITULAR: <b>Wilton Cavalcante de Silva</b> ASSINATURA DO EMPREGADO: <b>Wilton Cavalcante de Silva</b> NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: <b>81984301192</b> NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: <b>78045710597</b>	

MBM  
SEGURADORA  
01 SET 2014  
SINISTRO DPVAT

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO** Sinistro: **2014729003** Data: **08/04/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Doutor Correia da Silva, 154, A - Várzea - Recife - PE - CEP 50741-140**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **6371903**

Data local do exame: [ **18/09/2014** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura exposta múltipla da tíbia e da fíbula esquerdas. Limitação de movimentos do joelho e do tornozelo esquerdos, marcha claudicante, diminuição do membro.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação do membro inferior esquerdo**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior 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

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

( ) Total = "100% da IS"

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



Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014729003 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO **Data do acidente:** 08/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/09/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma em segmento corporal do MIE

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** ARNALDO KACELNIK

**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014729003 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MILTON ANTONIO CAVALCANTI DE SANTANA FILHO **Data do acidente:** 08/04/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta múltipla da tíbia e da fíbula esquerdas.

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação de movimentos do joelho e do tornozelo esquerdos, marcha claudicante, diminuição do membro.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com colocação de fixador externo.

**Sequelas permanentes:** Limitação do membro inferior esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Paulo Sérgio Muniz

**CRM do médico:** 5530

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75%	52,5 %	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** BISMARCK HEITMANN

**CRM do médico:** 52.18488-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

