



17/09/2020

Número: **0023998-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68150806	17/09/2020 16:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11452859

A/C: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170426209 ASL-0295796/17
Vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Data Acidente: 03/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

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

Pag. 01825/01826 - carta_01



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11476374

A/C: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Sinistro: 3170426209 ASL-0295796/17
Vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Data Acidente: 03/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00449/00450 - carta_02



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11600938

A/C: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Sinistro: 3170426209 ASL-0295796/17
Vitima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Data Acidente: 03/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

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: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002124

Conta: 0000049986-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Pag. 01533/01534 - carta_15R



00030767



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

Sinistro: **3170426209**
Vítima: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**
Data do Acidente: **03/03/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170426209** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01857/01858 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12328394



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170426209**

Vítima: **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

Data do Acidente: **03/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170426209**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00631/00632 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 12350482



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

Sinistro: 3170426209 - 1
Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA CINCO DE JULHO PR nº 41 - CENTRO - TAMANDARÉ/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6711037 - SSP
Data local do exame: 18/08/2017 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)

FRATURAS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

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?

☒ SIM

☐ NÃO

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?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. APRESENTA EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 18/08/2017

Médico Perito: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI CRM:2612/MS


ROSEANY ALBANEZE CARRETONI
CRM 2612/MS

Assinatura do perito Examinador - CRM



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

Sinistro: 3170426209 - 2
Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA CINCO DE JULHO PR nº 41 - CENTRO - TAMANDARE/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 6711037 - SSP
Data local do exame: 06/02/2018 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE PERNA DIREITA.

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE PERNA DIREITA COM LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR ANTERIOR POR NÃO TER HAVIDO AGRAVAMENTO DO QUADRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 06/02/2018

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM





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, Antonio Carlos Silva de Raima
PORTADOR(A) DO RG Nº 6.702.037 EXPEDIDO POR SDS-PZ EM 02/08/2000 E
CPF 06905290430 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO REUSO
E RENDA MENSAL DE R\$ REUSO NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Carlos Silva de Raima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2124 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 49986-4

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

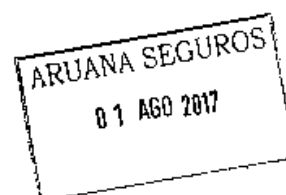
Cabo-PI, 25 de Julho de 2017
LOCAL E DATA

Antonio Carlos Silva de Raima
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.







Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0169000374**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/06/2017 às 09:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **3/3/2017 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 01, LOTEAMENTO RIO FORMOSO DOIS -**
Bairro: **CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ (AUTOR/AGENTE)
UELITON OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA (VÍTIMA)

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**

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

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

ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA** Pai: **ANTONIO FRANCISCO DE LIMA** Data de Nascimento: **27/2/1979** Naturalidade: **SAO JOAO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 4, 1ª TRAVESSA CINCO DE JULHO, 04 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

UELITON OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UELITON OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH0782 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Fábio Henrique da Silva
Agente de Polícia
Mat.: 350477-8



Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP, A VITIMA SUPRACITADA, RELATANDO QUE NO DIA EM EPIGRAFE, CONDUZIA O VEICULO CITADO NESTE BO QUANDO, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA GIA, COLIDIU COM OUTRO VEICULO QUE NÃO FOI IDENTIFICADO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA HOSPITAL DE TAMANDARÉ ONDE FOI REALIZADO OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DON HELDER. A VITIMA QUEBROU TIBIA DO LADO DIREITO.

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

* *Antonio Carlos Silva de Lima*
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Levi Virgínio Alvaro* - Matrícula: 273132-0

Fábio Henrique de Silva
Agente de Polícia
Mat. 354477-8



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Antonio Carlos Silva de Lima, portador da carteira de identidade nº 6.711.037-525-42 e inscrito no CPF/MF sob o nº 059.552.904-31, residente e domiciliado na R. Pinco de Lutho nº 41, centro Cidade Gramma-dare, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

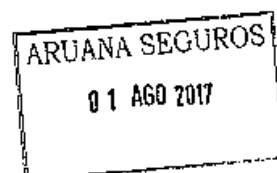
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Assinatura do declarante
conforme documento de Identificação

Boão-PE, 27 de julho de 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



**SAMU
192**

**SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL
DE URGÊNCIA**



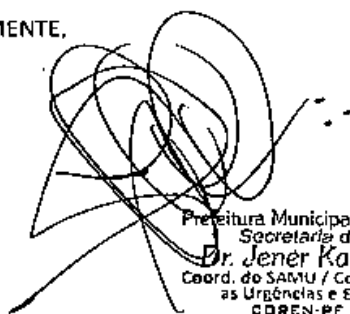
TAMANDARÉ, 22 DE MAIO DE 2017

ORIGEM: COORDENAÇÃO MUNICIPAL SAMU TAMANDARÉ

ASSUNTO: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. **ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA**, 38 ANOS, FOI SIDO VITIMA DE **COLISÃO CARRO X MOTO NO LOTEAMENTO RIO FORMOSO II, NAS PROXIMIDADES DO BAR DA GIA**; FOI ATENDIDO, AVALIADO E ESTABILIZADO POR ESTA UNIDADE BÁSICA SOB PROTOCOLO DE ATENDIMENTO **S302855**, NA DATA DE **03/03/2017** ÀS 16:12H. APRESENTANDO ESCORIAÇÃO EM MMII, SENDO REGULADO PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TAMANDARÉ SOB OS CUIDADOS DO MÉDICO PLANTONISTA DR CAIO MIRANDA CRM 24749.

ATENCIOSAMENTE,


Prefeitura Municipal de Tamandaré
Secretaria de Saúde
Dr. Jener Kardec Filho
Coord. do SAMU / Coord. de Atenção
as Urgências e Emergências
COREN-PE nº 7.220

ARUANA SEGUROS
01 AGO 2017

Rua do Futuro, s/n.º - Centro - Tamandaré/PE CEP 55578-000

Fone/Fax: (81)3676-1154 - CNPJ 10.298.603/0001-75- e-mail: tamandaresms@yahoo.com.br

Av. José Bezerra Sobrinho, S/N - Centro - Tamandaré - PE
CEP. 55 578 - 000 - CNPJ: 01.596.018/0001- 60



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: 29/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02124

CONTA: 000000049986-4

Nr. da Autenticação E1600B3E0A85C6B6



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Carlos Silva de Lima,

RG nº 6.711.037, data de expedição 02/08/2000, Órgão SDS-PE,

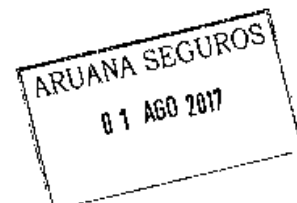
CPF nº 059.552.914-31, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. cinco de julho PR.</u>
Número	<u>40</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Tamandare</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55578-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3011-3224</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Cabo-PE, 25 de julho de 2017

Assinatura do Declarante: Antonio Carlos Silva de Lima





FIXO

01: 08/2007 - São: 00001 / 00001 - F0136763 - São: 0001 / 0001

08700009



0120 - CTO RECIFE PE PL10

ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
TV CINCO DE JULHO PR, 41
CENTRO
55578-000 TAMANDARÉ-PE



721351282005743000000150763070517

Oi,

Pra simplificar a sua vida, a Oi envia as suas contas de telefone fixo todas juntas.

A partir de agora, não se esqueça: na hora de pagar, as contas estão todas dentro do mesmo envelope.

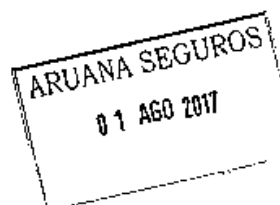
Cada conta tem um código de barras diferente. E todas devem ser pagas.

Atenção: Caso você tenha alguma conta em débito automático, a fatura serve apenas para sua conferência.

Se quiser mais informações, ligue para 103 31.

Confira as contas que você recebeu neste envelope:

Número do seu Fixo	Tipo de Documento	Vencimento	Valor - R\$	Sequência	Qtde de folhas
81 3676-2267	Fatura	01/06/2017	15,98	1	1
81 3676-2267	Fatura	01/06/2017	CONTA PARCELADA	2	2
81 3676-2267	Fatura	01/06/2017	CONTA PARCELADA	3	2
Total de documentos: 3					Total de Folhas: 5



Fique ligado:

Agora você recebe suas contas de telefone fixo da Oi todas juntas no mesmo envelope.





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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

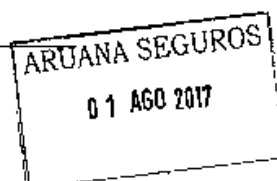
Pelo exposto, eu faulson lous da silva junior, portador(a) do RG nº 047.670.309.53, expedido por Detran-PE, em 11/09/2014, CPF/CNPJ nº 085.586.574-16,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Antonio Carlos Silva de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Antonio Carlos Silva de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

faulson lous da silva junior
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, UELITON OLIVEIRA DA SILVA,

RG nº 5.922.501, data de expedição 30/02/2009

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 090.275.694-01, com domicílio na cidade de TAMANDARÉ, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) 1ª TORRETA S. DE: JULHO, nº 4,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ANTONIO LAMAS SILVA DE LIMA, cujo o condutor era

ANTONIO LAMAS SILVA DE LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: YAMAHA / YBR 150 Factor

Ano: 2015

Placa: PEH 0732

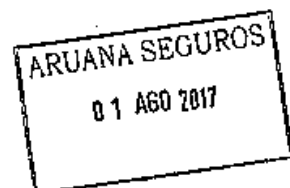
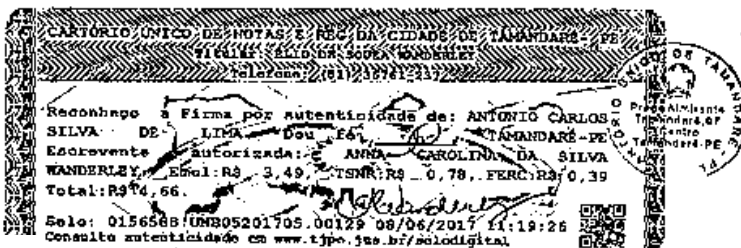
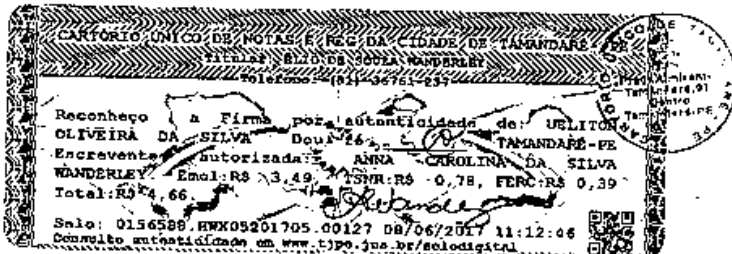
Chassi: 9C6R 6312 060004738

Data do Acidente: 03/03/17

Local e Data: TAMANDARÉ, 08/06/17

Ueliton Oliveira da Silva
Assinatura do Declarante

Antonio Carlos Silva de Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



Fundação de Amparo à Saúde da Criança
CNPJ: 24.266.933

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: ANTONIO CARLOS SILVA LIMA Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 28 ANOS C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: JAMANA DE Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ H.

Documentação médica - hospitalar



DESTINO DO PACIENTE: Ho Spital de ALTA (transfere)

SENHA: 5116612

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: HISTÓRIA DE QUEIMA DE MÃO COM FOGUETE
FORNE O MÍD.

AME FÍSICO: BOA + DE BOA MENTE EM MÍD.
ENV: FINE SE MUA DO

DROGAS ADMINISTRADAS:

DIPLOMA
LATA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX: FRACTURA DE FEMUR MUITA F FEROZ (C)

RD: (OBS: NÃO DISPONIBILIZADO NA PLATA BLOCKING)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

ARUANA SEGURO

01 AGO 2017

EXPRESSO GRAFICA - 8113622196

DATA: 03.03.17

Dr. Felipe Xavier
TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA
CRM: 2372

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/09/2020 16:56:21
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091716562121300000066842790>
Número do documento: 20091716562121300000066842790



Data e Hora: 03/03/2017 23:24

Paciente: 91575 ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 27/02/1979 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA Nome do Pai: ANTONIO FRANCISCO DE LIMA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO CRM: 16548
Endereço: ESTRELA DO MAR - ESTRELA DO MAR Bairro: CENTRO
Cidade/UF: TAMANDARÉ PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
RG (Identidade): 8711037 SDS PE Data de Emissão: 02/08/2000
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 93565414
Cartão SUS: 1 10 0 2 0 0 4 0 0 Data de Emissão CRN:

1004 - National Environmental Center
Jefferson Mobile
Data: Faturamento/SAM

RESUMO DE TRATAMENTO

Pos: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Seixal Principal

Docent i mestarski od psovci d'no
 pri izdani fakultet na p'no
 d'no.

Exame Físico

estimo loco

Miss N. A. C. (1)

Hipótese diagnóstica

for the classes the number (1)

Conduta Terapeutica

Therapeutica	
1/2 liter 40	

Prescrição Médica

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

D.ª Mariette Mendes de Oliveira
Interprete / Tradutora
10/10/88

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

Carimbo/Médico



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/03/2017 23:21

Nome Paciente:	ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
Cód. Paciente:	91575
Data de Nascimento:	27/02/1979
Sexo:	Masculino
Idade:	38
Senha:	0033
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	361863
SAME:	

Período: 03/03/2017 23:28 - 03/03/2017 23:29

DAVINCI LEONARDO BRITO LIMA - COREN: 349031 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: **PACIENTE ENCAMINHADO DE PALMARES VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM HD DE FRATURA PERNA D E TNZD. HAS- DM-**

Histórico sintoma: **TRAUMA**

Criminador(es): **- DOR MODERADA (4-7/10)**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017

Acolhido(a) por: DAVINCI LEONARDO BRITO LIMA - COREN: 349031 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/03/2017 23:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERNANDES MAGALHÃES



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Antonio Carlos Silva Torres Sexo: _____
Data de Nascimento: _____ Idade: 38 ANOS C.I.: _____
País ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: PALMARES Tel.: _____ Hora do Atendimento: _____ / _____ H.

DESTINO DO PACIENTE: Ho Spital de Alergia (Pernambuco) SENHA: 5116612

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: HISTÓRIA DE CECIDIA DE MOTO COM FRATURAS

☒ FRATURAS O MIB-

AME FÍSICO:

DOU + ME MOVIMENTANDO SEM MIB
ENV: FRATURAS

DROGAS ADMINISTRADAS:

DIPLOMATA
TAHA

EXAMES COMPLEMENTARES:

☒ RX: FRATURA DE FURCA MIB + FURCA B

REU: (OBS: NÃO DISPONIBILIZADO NA PLATA BLOCKING)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

ARUANA SEGURO

01 AGO 2017

DATA: 03.03.17

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
CEP: 55349-000 / Fone: (81) 3661-8430



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Ricardo Carlos Silva Registro: 31575 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Dor no joelho

História da Doença

Paciente portador de dor no joelho
há 10 dias, com trauma em 10/10/17.

Interrogatório Sintomatológico:

Dor local

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017



Exame Físico:

ecorre - referem o caso

Antecedentes Pessoais:

Não

Medicações em Uso:

Não

Antecedentes Familiares:

Não

Hipótese Diagnóstica:

Sinal:

fractura de osso do pé direito

Hipóteses Diagnósticas:

Secundárias:

Plano Terapêutico:

Acompanhamento

Cabo de Santo Agostinho, 04/03/17

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18569
Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Heider Câmara
Rodovia BR 101 Sul, Km 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 00015
Paciente: 91575
Vencimento: 1
Leito: 217
Data: 08/09
Plano: 5307

Sala: 0007 SALA 05
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
SUS - INTERNACAO
LEITO 05
DI: 08/09/2017 11:21
FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 001868
Carteira:
Idade: 38 Anos

Procedimentos

Atendimento: 0436050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFÍSE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUIANESTESIA

Equipe Médica

17725 - MACIEL SOARES DE OLIVEIRA
17139 - LUIS ROQUE LIMA JUNIOR

Descrição

Atividade Cirúrgica:

1. RAQUIANESTESIA A
2. ANESTESIA

3. TRATAMENTO

4. FRATURA ANTERO-MEDIAL COM PROTRUSÃO DE ENQUILASTO
5. FIXAÇÃO DE PLACA 18 PÍLOS EM L. PELA TÉCNICA DE L. PONTÉ
6. USO DE 2 PARAFUSOS ESPONGIOSOS DISTAIS E 4 PARAFUSOS CORTICIAIS PROXIMAIS
7. IMAGEM COM INT DE IMAGEM
8. 100% ACRYL E 100% ACRYL

9. 100% ACRYL

Descrição Cirúrgica

Assinado eletronicamente por:
MACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CPF: 17725-170110013008

DR. MACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CPF: 17725

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Adm. do H. Dom Helder Camara
R. F. 400
CNPJ: 06.038.744/0001-00

Fundação Professor Martiniano Fernandes
R. F. 400
CNPJ: 06.038.744/0001-00

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 91575

Nome: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Mãe: MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA

End: ESTRELA DO MAR

Enferm: LEITO 08

Atend. 601 96103

Leito: 217

Qt. Cad. 3/3/2017

Dt. Nasc. 27/2/1979

Bairro: CENTRO

Cidade: TAMANDARÉ

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente:
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

- ☒ Site cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam:
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - Posição do cirurgião: Há alguma crítica na cirurgia?
 - Qual sua duração estimada? Há possibilidade de perda sanguínea? 04:30 h

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☐ Todos os enfermeiros confirmam a esterilização do local cirúrgico?

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado

Ex. Cx. de perna (E)

- ☐ A equipe de enfermagem reconhece a identidade e o local da cirurgia

- ☐ Se os dados estão identificados com o nome do paciente

- ☐ Houve algum problema com equipamento e como foram resolvidos

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes da recuperação pós-anestésica e posicionam o paciente para ir

Raissa Balcão
Enfermeira
06/09/2020

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Antônio Parais Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
05/03/17	1ª Infusão (Bloco C injeção)
	Met. ultra-sons a inter- do do mtd. no tubo caté- medica para fixar o mtd. do 8-10 pontos de fixação e para fixar o mtd.
	Cir. de fixação mtd. 2 semanas de fixação mtd. 3 semanas de fixação mtd. 3 semanas
	AV: 10/3/17 Traum. 10/3/17 CRA: 10/3/17
05/10/3/17	A 15.20h paciente admitido no trauma procedente de acidente automobilístico. Lesões de 1º grau de gravidade e fratura de fêmur esquerdo. Injeção de 10ml de analgésico.

ARUANA SEGUROS

01 AGO 2017





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 361868

Data e Hora do Atendimento: 04/03/2017 00:45

Usuário do Atendimento: THAYANECCS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Prontuário: 91575

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SILVA DE LIMA

Nome do Pai: ANTONIO FRANCISCO DE LIMA

Data do Nascimento: 27/02/1978

Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 6711037

SDS PE Data Emissão: 02/08/2000

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: GARANHUNS

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ESTRELA DO MAR

CENTRO

Cidade: TAMANDARE

PE

CEP: 55578000

Fone: 93565414

DADOS DO ATENDIMENTO

Urgem: PM PALMARES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 06

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 04/03/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Fratura Tibia distal (B)

Procedimento: Osteossintese e placa e parafusos

Alta em: 06/03/17 Hora: 7:15

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

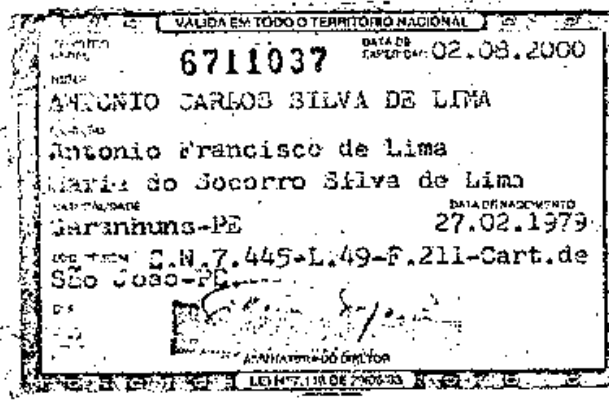
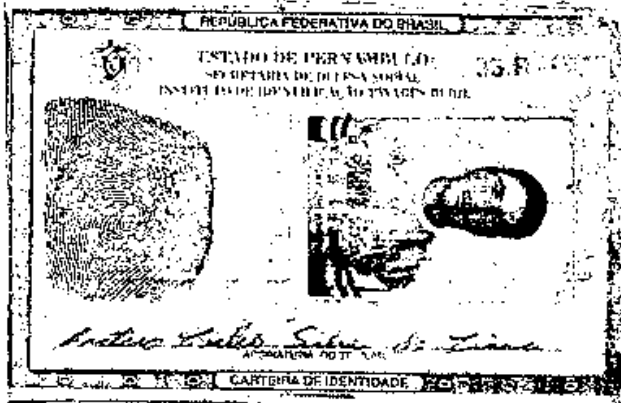
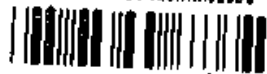
ARUANA SEGUROS

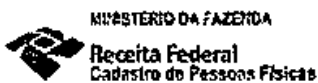
01 A60 2017

HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kallmy
Arquivista
SAME/Faturamento



Documentos de Identificação





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
059.552.914-31

Nome
ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

Nascimento
27/02/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
40F9.FA31.FE99.B618

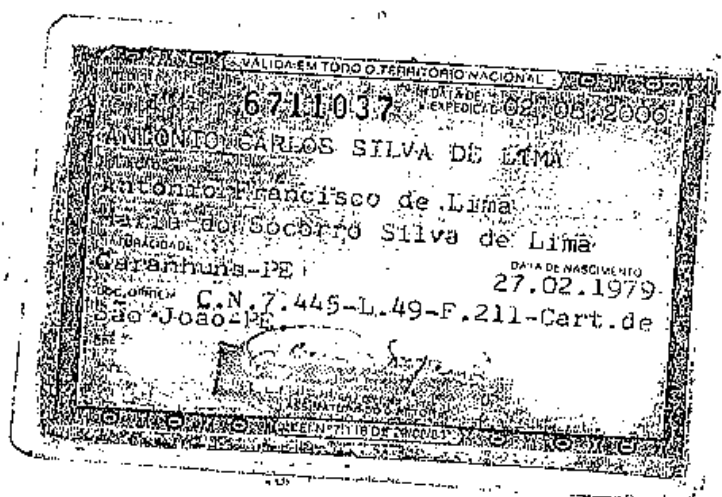
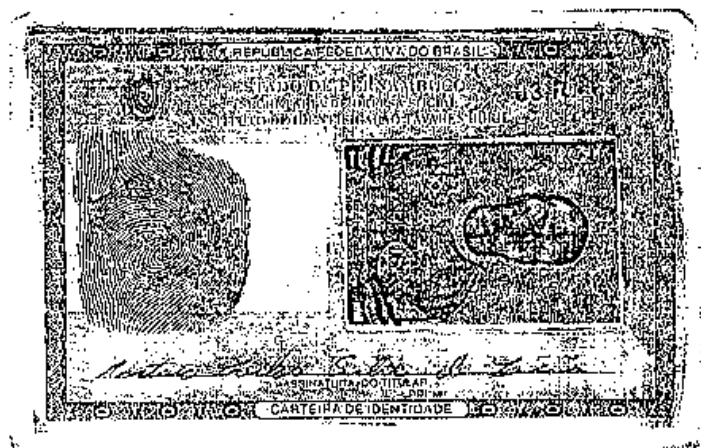
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:12:53 do dia 01/03/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Documentos de Identificação



ARUANA SEGUROS

19 JAN 2018





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE Nº 012382776716 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VÁLIDA DE 01/01/2005 A 31/12/2005 01076205-0	2613
UELTON OLIVEIRA DA SILVA 	
090-273-694-001	CHC-002
090-273-694-001	090-273-694-001

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525

TRANSMITA PARA SEUS AGENTES, CORREIO, CAIXA POSTAL, TELEFONE
 E OUTRAS VIAS DE SEU INTERESSE, SUA CARTA DE SEGURO
 E MANIFESTAÇÃO DE SEU INTERESSE EM SEGURO.

DE Nº **012382776716** - BILHETE DE SEGURO DPVAT
 DE Nº **012382776716** - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodatarcom.com.br
 SAC DPVAT 0800 012 7100

TAMBÉM É POSSÍVEL
 2015-01-20 15:30:00

012382776716

RENAVAM		MARCA/MODELO	
D-162-05-709		YAMAHA VERBOS FACTOR	
2005		3C6RG3-12000004738	
PREMIO TARIFARIO			
CUSTO DO SEGURO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO ULTIME (R\$)		CUSTO DO ULTIME (R\$)	
TOTAL 1.º PAG. SEGURO (R\$)		TOTAL 1.º PAG. SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE OUTRADO	
☒ COTA ÚNICA		☐ PARCELADO	
SEGURADORA LIDER DPVAT			
CNPJ: 07.246.488/0001-04			
www.seguradoredpvt.com.br			
DELETAQUEY GARDELCO		ARRUNAS SEGUROS	
01/01/2005		01/01/2005	
01/01/2005		01/01/2005	

01 AGO 2017



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antonio Lucas Silva de Lima
 DATA DO ACIDENTE 03/03/17 CPF DA VITIMA 059.552.944-31
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CUI PARANTE) ESOD COM
 A VITIMA É Antônio Carlos Silva de Lima
 ENDEREÇO DO PORTADOR Av. João Álvares Lima
 Nº 34 COMPLEMENTO João Álvares
 CIDADE Olinda UF PE BAIRRO S3440-290
 E-MAIL TELEFONE 81 3011-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO SO I/P (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO I/P, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO I/P
 () ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () BOLETIM DE ATEU, OBITO HOSPITALAR OU AMBUATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFINEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RG DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () RG, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, POD. SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (RECEITAS E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEL) DE FARMÁCIAS, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍPITO MEDICADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFINEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () RG, REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, POD. SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

01/08/2017

IDENTIDADE

JAILSON LUIS DA SILVA JUNIOR

ASSINATURA

Antonio Carlos Silva de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

01 AGO 2017

NOME

Antonio Carlos Silva de Lima

ASSINATURA

Antonio Carlos Silva de Lima



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170426209 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 03/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. APRESENTA EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI

CRM do médico: 2612

UF do CRM do médico: MS

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



Outorgante: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA
RG/CNH/CTPS: 6.711.037 CPF: 059.552.914.31
End: 2ª TRAVESSA Sº DE JULHO, 04, CENTRO - TAMANDARÉ.

Outorgado: JANSON LUIS DA SILVA JUNIOR.
RG/CNH/CTPS: 047.670.309.53 CPF: 085.546.574.16
End: AV. PEDRO ALVARES CABRAL, 321, JARDIM ATLÂNTICO OLINDA.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: ANTONIO CARLOS SILVA DE LIMA

TAMANDARÉ, 08 de JULHO de 17.

Antonio Carlos Silva de Lima
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

