



Número: **0045881-02.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIAS ARAUJO DE LIMA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69643178	16/10/2020 16:09	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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. 002100722 - carta_03 - INVALIDEZ

00000381



Carta nº 12491882



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180109717**

Vítima: **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Data do Acidente: **29/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA PAULA DE BRITO LINS**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180109717**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12493007

Pag. 0003100032 - carta_01 - INVALIDEZ

00020416



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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. 0043000460 - carta_03 - INVALIDEZ

00000220



Carta nº 12634907



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Carta nº: 12806827

A/C: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO UINS

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: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 0000075089-0

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 joelho 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

Pag. 0126/01280 - carta_LÍDER - INVALIDEZ

00020629



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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. 00647/00040 - carta_03 - INVALIDEZ

00000274



Carta nº 13265848



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

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 3180109717**.

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. 0100001304 - carta_09 - INVALIDEZ

00040807



Carta nº 13495335



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180109717**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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. 01000001990 - carta_03 - INVALIDEZ

00040965



Carta nº 1337950





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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180109717

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2017

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01007/01000 - carta_02 - INVAUDEZ

00040904



Carta nº 13815073



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

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 3180109717**.

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. 0101301914 - carta_09 - INVALIDEZ

0000067

Carta nº 13872552





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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180109717

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 29/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIAS ARAUJO DE LIMA

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01097/01950 - carta_03 - INVALIDEZ

00000079



Carta nº 1401156



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

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 3180109717**.

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. 00129/00130 - carta_09 - INVALIDEZ

00070065

Carta nº 14116524



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: ELIAS ARAUJO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180109717
ELIAS ARAUJO DE LIMA
Data do Acidente: 29/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA PAULA DE BRITO LINS

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 3180109717**.

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. 01025011926 - carta_09 - INVALIDEZ

00040963

Carta nº 14530159





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 497.134.934-00	Nome completo da vítima ELIAS ARAUJO DE LIMA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELIAS ARAUJO DE LIMA		CPF titular da conta 497.134.934-00		Profissão RECUSO
Endereço RUA VINTE E DOIS		Número 01	Complemento	
Bairro DOIS CARNEIROS	Cidade JARDIM	Estado PE	CEP 54290-100	
Email			Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

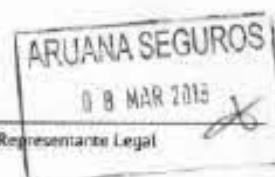
☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1580 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 75089 D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
CONTA NRO. 0 D/V		CONTA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIBE . 08 de DEZ de 2018
Local e Data

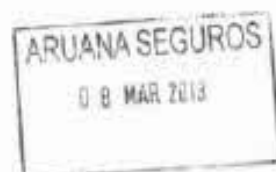
Elia Araujo de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPP.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0111000237**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **13:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MORENO, 1, BR. 232 KM. 21 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CONDOMINIO DUAS LAGOAS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
SEVERINO RAMOS DA SILVA (OUTRO)
ELIAS ARAUJO DE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS ARAUJO DE LIMA**



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

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

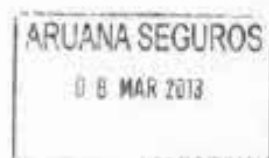
ELIAS ARAUJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GENOVEVA MARIA DE LIMA** Pat: **ANTONIO ARAUJO DE LIMA** Data de Nascimento: **9/7/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS CARNEIRO (BAIRRO), 1, RUA VINTE E DOIS - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS CARNEIROS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEVERINO RAMOS DA SILVA (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): **SEVERINO RAMOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS ARAUJO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGK0773** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**



05/02/2018 13:40



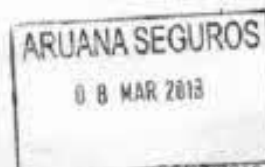
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SE DESLOCAVA DO DISTRITO DE BONANÇA SENTIDO RECIFE, PELA BR. 232, E PROXIMO AO KM. 21 O PNEU TRAZEIRO DA MOTOCICLETA ESTOUROU, A MESMA DESGOVERNOU-SE E A VITIMA FOI AO CHÃO, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS NO RECIFE E LOGO APOS FOI REMOVIDO PARA O MEMORIAL EM JABOATAO, ONDE O MESMO FOI CIRURGIADO DO JOELHO E OMBRO DIREITO DEVIDO A QUEDA DA MOTOCICLETA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Elis Araujo de Lima
ELIAS ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)

RB Patriota
B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: **381028-3**





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 443/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ELIAS ARUANO DE LIMA

CPF da Vítima

497.134.934-00

Data do Acidente

29/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECIFE, 05 de 03 de 18

Local e Data

Elias Aruano de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1 DOL V001/2017

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
(SAMU)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ELIAS ARAÚJO DE LIMA, 51 anos, portador do CPF 497.134.934-00 foi atendido pelo SAMU MORENO, no dia 29/11/2017, às 16h55min, acionada através do número 192 da regulação médica do SAMU metropolitano Recife, ocorrência Nº S 410800. O mesmo foi vítima de QUEDA DE MOTOCICLETA em via pública, sendo ele o condutor da moto. Segundo registro da equipe que realizou o atendimento, a vítima encontrava-se consciente e orientado, com MIALGIA + LIMITAÇÕES EM OMBRO D + MIALGIA DE TÓRAX + ESCORIAÇÕES E MIALGIA EM JOELHO D, negando vômito e desmaio. O mesmo foi removido para o HOSPITAL MEMORIAL ARMINDO MOURA, e após avaliação médica foi re-transferido para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, através da senha S 309197, onde ficou aos cuidados da equipe médica.

Sem mais para o momento.

Moreno, 30 de Janeiro de 2018.

Dr. Osmir Alves
Coord. SAMU
30/01/18

OSMIR ALVES DE OLIVEIRA
Coordenador SAMU/MORENO-PE

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

Rua Prefeito Antônio de Lemos, 1947 – Nossa Senhora de Fátima – Moreno/PE – CEP: 54.800-000
3535.2809



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: 09/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIAS ARAUJO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000075089-0

Nr. da Autenticação 7596F08357D72BA9



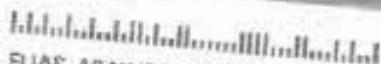


Conta de Serviços de Telecomunicação

MUDE PRO OI FIXO ILIMITADO E FALE QUANTO QUISER.
Em ligações locais + até em TODA a qualquer Oi Fixo de Brasil. Ainda e muito mais.



38909487



ELIAS ARAUJO DE LIMA
RUA VINTE E DOIS,1
DOIS CARNEIROS
54290-100

JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE

CTC RECIBE PE GOV. AMARADOS



7200039806045730000024351030250512

PROX AO VERCORAD

8

1531
3722
2723
8281



ARUANA SEGUROS

08 MAR 2013





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

ELIAS ARAUJO DE LIMA
R VINTE E DOIS, 01
DOIS CARNEIROS
CEP 54290-100 - JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE



JS933773784BR



talider.com.br

O Seguro DPVAT é simples; basta juntar os documentos necessários para a seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade na Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado, a você mesmo.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAP²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 ANA PAULA DE BRITO LINO inscrito (a) no CPF sob o Nº 882.688.104/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIAS ARAUJO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 493.134.934/00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELIAS ARAUJO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 493.134.934/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso Informar

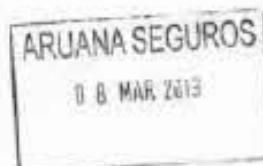
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
1 TV MARIA AUGUSTA DUTRA		02	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
GUACUPIRA	JARDIM DOS GUARIMAS	PE	54280-385
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)

RECIFE, 08 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Paula de Brito Lino
Assinatura do Declarante



DLPRL-001 V001/2017



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

FAT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Elcio Araújo de Lima

REGISTRO: 746368 DATA DE NASCIMENTO: 09, 07, 1966

RG: 1405300053 ORGÃO EMISSOR: MT-PG

ENDEREÇO: Rua Limb e Dois n=01

Alto dos Carreiros

NOME DA MÃE: Generosa Maria de Lima

DATA ADMISSÃO: 30, 11, 17 DATA ALTA: 18, 12, 17

DATA DO PROCEDIMENTO: 07, 12, 17 CID: S42.0

DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
Fratura clavícula Direita + Neurose

MÉDICO: Osvaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.

MÉDICO

Dr. Elder Carvalho
Médico
CRMPE 22023

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018



HOSPITAL DE BASE DE JABOATÃO

Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

Data: 18/12/2017

Hora: 13:24

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Prontuário: 746368

Atendimento: 145764

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Conforme no Laudo Médico): FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CID: 5821

Procedimento Solicitado: 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

0408060123 - Exploração articular

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - Rh

- ☒ Uso de Prótese Ortopédica
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: 5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: *Alta médica*

Data de Internação: 18/12/2017

Data da Alta: 20/12/17

Dias de Hospitalização:

dia (s).

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622

SECRETARIA DE SAUDE - RJ/PR
DIRETORIA DE Controle e Avaliação
Roberto Calmon
Assessoria Jurídica / SUS - CRM 56789
CPF: 077.988.174-51

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org





MEMORIAL LABEX

Usuário: RANILSON FRANCISCO DE

Data: 18/12/2017

Hora: 13:31

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Prontuário: 746368

Atendimento: 145764

Unidade de Internação / Leito: ENF 12 - LEITO 02

Sexo: Masculino

Idade: 51 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S822 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Risco Operatório

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Data: 18/12/2017

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

03. 2. Auxílio Cirúrgico

1. Instrumentador

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia

07. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Joelhos, Artroscoliose
CRM 16118 - RBO 12003 AO 41814

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPISIA E ANTISSEPISIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS

INCISÃO ANTERO-LATERAL EM JOELHO DIREITO

ABERTURA POR PLANOS

VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA

REDUÇÃO DO SEGMENTO FRATURÁRIO

APOSIÇÃO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS

LAVAGEM COM SPD 9%

SUTURA

CURATIVO

OBS: UTILIZADO INTENSIFICADOR DE IMAGEM DURANTE PROCEDIMENTO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião de Joelhos, Artroscoliose
CRM 16118 - RBO 12003 AO 41814

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25478

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 144424 Nascimento: 09/07/1968
Responsável: Prontuário: 746368 Sexo: Masculino
Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA Data e Hora do Atendimento: 30/11/17 16:30:46
Idade: 51 Anos, 4 Meses e 21 Dias Profissão: OUTROS Escolaridade:
CPF: Identidade: 1405300053 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 702604214366544
Nome da Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA Nome do Pai: ANTONIO MARIA DE LIMA
Endereço: RUA VINTE E DOIS, DOIS CARNEIROS, CEP: 54290100, Nº 30, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 12 - LEITO 02
Médico: MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6262 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA+FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGS, EUPNEICO, AFEBRIL, COM EDEMA PERNA DIREITA

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

IN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA+FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 6262

Hospital Memorial Jabotão
Milton Teles de Mendonça
Médico - CRM 6262

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013

Av. General Manoel Rabelo - Nº125 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9898 - www.hmje.org



ELIAS ARAUJO DE LIMA

Paciente em seu 2º
tempo foi realizado
O 7º Cirurgico de Fratura
plavale Tibial D + exploração
Articular + Colocação de Placa
e parafusos

Dr. João Paulo Romero
Ortopedia / Traumatologia
CRM 27622

SECRETARIA DE SAÚDE
DACS: Diretoria de Controle e Avaliação
Roberto Calvi
Diretor Autônomo / SUS - CRM 5070
CRM 077 947 174,6

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
------------	------------------------	---------------------	---	-----------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		5 3 5 6 0 6 7
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		5 3 5 6 0 6 7

Identificação do Paciente		8 - Nº DO PRONTUÁRIO
3 - NOME DO PACIENTE		
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	5 - DATA DE NASCIMENTO	6 - SEXO
		Masculino ☒ Feminino ☐
7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	8 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	9 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
10 - ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE	11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - CID 10 PRINCIPAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. URB. MUNICÍPIO	15 - UF
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	20 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINCIPAL	23 - CID 10 SECUNDÁRIO
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	26 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
28 - INDICAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI TIPO I	29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I	30 - DIÁRIA DE UTI TIPO II
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE.	

PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DO DOCUMENTO
43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	46 - COD. CBO DO AUTORIZADO
47 - ENDEREÇO	48 - Nº DO DOCUMENTO DE RECEPÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2016





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356087
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356087

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ELIAS ARAUJO DE LIMA			Nº Prontuário	746368
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia	
702604214366544	09/07/1966	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe	GENOVEVA MARIA DE LIMA			Telefone de contato	
Nome Responsável	GENOVEVA MARIA DE LIMA				
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
RUA VINTE E DOIS, 30 - DOIS CARNEIROS					
Município		IBGE	UF	CEP	
JABOATÃO DOS GUARARAPES		260790	PE	54260100	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	<i>Nota an PRATICA do URGENTE R + photo radiol direita</i>		
Condições que justificam a internação			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas	RX		
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundária	CID 10 Causas Assintomáticas
FRATURAS DE CLAVICULA			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento	
Caracter de internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assinante
	() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assinante	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
<i>Marcos Mendes de Mendonça</i>	15/12/2017	
RESOLUÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
() Acidente de Trânsito	Nº Sítio	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajetado		
Vínculo com a Previdência		
() Empregado	() Empregador	() Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

SECRETARIA DE SAÚDE - AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cod. Órgão Emissor	Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	20163935655007	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Eliar Araujo de Lima

REGISTRO: 746368 DATA DE NASCIMENTO: 09, 07, 1966

RG: 1405300053 ORGÃO EMISSOR: MT-PE

ENDEREÇO: Rua Lúcia e Dois n.º 01

Alto Dois Carneiro

NOME DA MÃE: Genesina Maria de Lima

DATA ADMISSÃO: 18, 12, 17 DATA ALTA: 20, 12, 17

DATA DO PROCEDIMENTO: 18, 12, 17 CID: 582.1

DIAGNÓSTICO: Fratura de Placa Tibial

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Fratura do Placato Tibial com
Exploração Articular e/ou S/ Simarc-
tomia de Médias Grandes Articulações

MÉDICO: Leonardo Silveira

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GUARAPES, 22 DE Janeiro DE 2018.

Dr. Eliar Araújo de Lima
Médico
CREMEPE 22023

MÉDICO

Dr. Eliar Araújo de Lima
Médico
CREMEPE 22023

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2018

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000

Usuário: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

Data: 07/12/2017

Hora: 14:51

Sumário de Admissão e Alta

Surto: 16/10/2017 - 16/10/2017

Prontuário: 746368

Atendimento: 144454

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LETTO 02

Tratamento: Tratamento Cirúrgico da Fratura da Clavícula

FRATURA DE CLAVICULA

CD: 5428

Procedimento: 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

0408010150

Tratamento Cirúrgico da Fratura da Clavícula

Coordenador: DR. PAULO ROSE FERRAZ CORRÊA JUNIOR

1. Assessor Cirúrgico: DR. ILDO TINOÇO BRANCO DE ALBUQUERQUE

2. Assessor Cirúrgico: RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

3. Assessor Cirúrgico:

Demais Assessor Cirúrgico:

06. Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Cirurgião:

08. Cirurgião:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento:

☐ Placa de Fixação

☐ Oclusão de Arteriovenosa

☐ Hérnia de Abdômen

☐ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAÚDE - PUGPE
DGOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

X p. maior

Exatidão Principal: 5428 - FRATURA DA CLAVICULA

Exatidão Secundária:

Exatidão Terciária:

Reoperado

18-12-17

RANILSON FRANCISCO DE SOUSA PINTO

CRM: 25473

Dr. Ranilson Pinto
Médico
SUS

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2018

Ass. Geral: Manoel Roberto - R. 130 - Centro - Jeiofrio dos Quatro - CEP: 54100-000

TELEFONE: 2012-8088 - www.hugpe.org





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

C.G.C.

09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME DO PACIENTE		CNS: 70260421436544		Atendimento: 71104	
DATA DO NASCIMENTO		Paciente: 1046970 ELIAS ARAUJO DE LIMA			
NOME DA MÃE		Clínica: CORREDOR SUL		Leito: COR-324	
ENDEREÇO: (AV/RL)		Nasc: 09/07/1966 Idade: 51 Anos 4 Meses Sexo: MASCULINO		Nº DO PRONTUÁRIO: 1046970	
		Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA			
		End: RUA VINTE E DOIS Nº: 1			
		Ba: ALTO DOIS CARIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES			
		Tel: 081-558184590840 Data At: 30/11/2017 00:11			
Nº	BLOCO:	APTº	BAIRRO:		
MUNICÍPIO:			UF:	CEP:	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
HISTÓRIA CLÍNICA: Acidente de moto (bic) no asfalto, com queda de altura. Fratura clavicular (L) + fratura costal + fratura tíbia (L).					
EXAME FÍSICO: Exame físico em M.O. + M.M.I. - NV preservado em M.O.					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES: Exames + Rx					
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fr. clavicular + fr. plav. + fr. tíbia					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internamento				CÓDIGO:	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE: Traumatologia				CARACTER DA INTERNAÇÃO: Urgência	
DATA: 29/11/17		DATA: 1/1/17			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO			
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS					
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR					
NOME DA UNIDADE: Hospital Memorial de Pálmacia					
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO				DATA DO ENCAMINHAMENTO	
Sônia 390343				ARUANA SEGUROS 08 MAR 2018	

HGF-333

Paciente internado neste
hospital c/ Fratura de
clavicula D + Fratura platô tibial
D, foi necessário em 1º tempo
a realização do T^o Cirurgico
de fratura clavicula D + colocação
de fios de Kirschmann + perclo.
aguardando um outro tempo
p/ Frat. platô tibial D.

[illegible]

Dr. João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 22622

ARUANA SEGUROS
6.8 MAR 2013

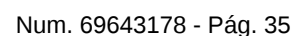


* 500-HSE NUMBER 15-0000 16-0000

DEATH IN CAUSAL ASSOCIATION

Keywords: child sexual abuse; disclosure; self-blame

08 MAR 2012



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 144424

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Cartão SUS : 702604214366544

Convênio: SUS - INTERNACAO

Responsável:

Observação:

Prontuário: 746368 Data/Hora: 30/11/2017 16:30:46 Naturalidade
 Nome: ELIAS ARAUJO DE LIMA Data de Nascimento: 09/07/1966 02:00:00
 Sexo: MASCULINO Idade: 51 Anos 5 Meses 11 Dias Profissão:
 CPF: Identidade: 1405300053 - SDS/PE Fone:
 Est. Civil: SOLTEIRO Cônjuge:
 Escolaridade:
 Nome do Pai: ANTONIO MARIA DE LIMA
 Nome da Mãe: GENOVEVA MARIA DE LIMA
 Endereço: RUA VINTE E DOIS Bairro: DOIS CARNEIROS
 CEP: 54290100 Cidade: JABOATAO DOS GUARARUF:

Médico: MILTON TELES DE MENDONÇA CRM: 6262
 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO
 CIENTE:

Data: ____/____/____ - Hora de Saída: ____ h - Médico:

Av. Gal. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP. 54150000 - Jaboatão dos Guararapes - PE
 Telefone: (81) 3482-9888 - www.hmjpe.org

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2013

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: ELIAS APOLIZO DE LIMA

Idade: 51 Anos

Sexo: Masculino

Prontuário: 746368

Unidade de Internação: 7 ENF 12 - LEITO 02

Idade: 51 Anos, 4 Meses e 28 Dias

Local de Procedimento: SALA DE PROCEDIMENTO 1

Local de Procedimento:

Local de Procedimento: CENTRO DE DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CLAVÍCULA DIREITA (COD-INT80115-01)

Data: 07/12/2011

1. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

2. Auxiliar Cirúrgico: DULCIO TENOCO BRANCO DE ALBUQUERQUE

3. Auxiliar Cirúrgico:

4. Instrumentador:

5. Anestesiologista: LERAN ENDOVENOSA + BUENAFÉ RJ 01

6. Anestesiologista:

7. Anestesiologista: EDANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

2. DESINFECÇÃO ANTISÉPTICA

3. POSICIONAMENTO DE CAMBOS ESTÉRIS

4. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA

5. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

6. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

7. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

8. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

9. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

10. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

11. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

12. REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Dr. Osvaldo Coimbra Jr.
Cirurgião Especialista em Ortopedia
CRM - RJ 000000

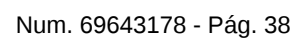
OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

07/12/2011

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013433254639	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	PLACA	EXERCICIO
1	554938685	*****	2017
NOME			
SEVERINO RAMOS DA SILVA			
JAB GUARARAPES-PE			
CNPJ / CNPJ		PLACA	
400.081.054-68		PGK0773	
PLACA ANT. UF		CHASSI	
***** PE		9C2KCL660DR540369	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS /MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
BOMBA/CG 150 TITAN EX		2013	2013
CAP. / POT. / CL	CATEGORIA	COR PRINCIPAL	
2P/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENO COTA UNICA	VENO / COTAS	
IPVA 2017 QUITADO		1ª *****	
PARA LULA	PRECUIAMENTO / COTAS	2ª *****	
1	*****	3ª *****	
PREMIO TAXA FISCAL (R\$)	OUT. (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	SOMA DE PAGAMENTO
SEGURO FATO			
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. BANCO BOMBA SA			
NÃO VALENDO PARA TRANSFERENCIA			
LOCAL		DATA	
JAB GUARARAPES		10/07/17	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2013



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180109717

Cidade: Moreno

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

Data do acidente: 29/11/2017

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA,
FRATURA DO PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITOResultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM JOELHO DIREITO EM CONSEQUÊNCIA AO TRAUMA SOFRIDO NO ACIDENTE EM QUESTÃO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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.

Número do Sinistro: **3180109717**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIAS ARAUJO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R VINTE E DOIS, 01 - DOIS CARNEIROS - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54290-100

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **NÃO TROUXE**

Data e local do acidente: [**29/11/2017**] **BR 232 Km 21 - CENTRO DE MORENO - PE.**

Data e local do exame: [**21/01/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E FRATURA DA CLAVÍCULA, DIREITAS.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA O MEMBRO INFERIOR DIREITO SEM CONSEGUIR REALIZAR A EXTENSÃO COMPLETA DO JOELHO. APRESENTA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E LEVE ALTERAÇÃO DA MARCHA. OMBRO DIREITO - SEM PREJUÍZO DA MOBILIDADE E DA FORÇA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO E DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITAS. TEVE ALTA EM DEZEMBRO. ACOMPANHADO AMBULATORIALMENTE ATÉ 07/01/19, QUANDO RECEBEU ALTA AMBULATORIAL. REALIZOU AINDA 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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

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
a valoração do dano corporal.**

VÍTIMA NÃO POSSUI RG (PERDEU TAL DOCUMENTO). TROUXE CARTEIRA DE MOTORISTA, EM QUE CONSTA FOTO
E NÚMERO DA CARTEIRA DE TRABALHO (MT - 1405300053) ALÉM DE CPF - 497.134.934-00. NO SISTEMA, EM SEU
PROCESSO, CONSTA RG DE OUTRA PESSOA (MULHER POR NOME ANA PAULA). VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA
ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/05/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO
FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Reyssa Silva Leal Mousinho

Médica
CRM-PE 22116

"Osteodermatologista e Dermatologista"

Reyssa Silva Leal Mousinho - CRM: 22116 - PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084969/18
Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA
CPF: 497.134.934-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/11/2017
Titular do CPF: ELIAS ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
PUT
Outros

ANA PAULA DE BRITO LINS : 882.688.104-91

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

ELIAS ARAUJO DE LIMA : 497.134.934-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2018
Nome: ANA PAULA DE BRITO LINS
CPF/CNPJ: 882.688.104-91

Ana Paula de Brito Lins
ANA PAULA DE BRITO LINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2018
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral
Josyelli de Oliveira Cabral



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Elis Araujo de Lima		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	
Profissão:			
Identidade:	1405300053 NTE	CPF:	497.134.039-00
Endereço:			

OUTORGADO:

Nome:	Ana Paula de Brito Lima		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	solteira
Profissão:			
Identidade:	3.742.426 SSP	CPF:	882.688.109-91
Endereço:			

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Assinatura 22/02/18

LOCAL E DATA:

OFÍCIO

Elis Araujo de Lima

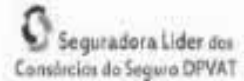
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS Reconheço, por Autenticidade a firma de: ELIAS ARAUJO DE LIMA, que se em 22/02/18, às 15h12, em testemunho da veracidade, MARLEEN EDUARDA COUTINHO DE MELO - Escrivã. Erol R\$ 3,49 ISNR R\$ 3,60 Total R\$ 7,09 - São Paulo, 22/02/2018. 0476944-07002-01802-02086, Consulte	ARUANA SEGUROS 8 MAR 2018
--	---



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084969/18

Número do Sinistro: 3180109717

Vítima: ELIAS ARAUJO DE LIMA

CPF: 497.134.934-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 29/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIAS ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018
Nome: ANA PAULA DE BRITO LINS
CPF: 882.688.104-91

ANA PAULA DE BRITO LINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

