

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

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582937

Vítima: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
----------------------------------	--

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



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

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582937

Vítima: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582937

Vítima: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190582937**

Vítima: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Data do Acidente: 13/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000001800-7

Conta: 0000041344-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

 Nº do seguro ou ASL: **119.587-944 - 06** Nome completo da vítima: **Juan Francisco Chaves Silva**
 CPF da vítima: **119.587-944 - 06**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Juan Francisco Chaves Silva		CPF: 119.587-944 - 06
Profissão: Estudante	Endereço: Av. Esperança	Número: 34
Bairro: Boa Esperança	Estado: PE	Complemento: CEP 55940-000 (81) 3626-3771
E-mail: corporacionia_goiama@gmail.com		

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

DADOS CADASTRAIS

 RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (841)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: **Bradesco**

 AGÊNCIA: **1900** CONTA: **41344**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **1900** CONTA: **41344**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

-
- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
-
-
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
-
-
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (não nascido): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provassem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

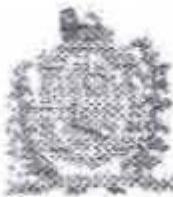
Local e Data: Londado - PE 09.	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina o RODO	
Juan Francisco Chaves Silva	
Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá encolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a carregar claramente o teor do conteúdo, desde o preenchimento à assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

808 VISE - CEP 50.060-011

01/01/04



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP115°CIRC
 DINTER1/11°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0143000731

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/07/2019 às 15:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/4/2019 no período da Manhã

Foi acionado no endereço: **LOT ESPERANÇA - PRÓXIMO AO COLEGIO TIMBÓ - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL** - MUNICÍPIO DE CONDADO, 01 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 WALDEMIRO RAMOS DA SILVA (OUTRO)
 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na execução da ocorrência) , que esteve em posse do(a) S(r)a: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino N.º: MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES PR. FRANCINHO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 04/07/1996 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 88178512058PE (RG), 11958794488 (CPF) Endereço: SERRALHEIRO Telefone(s) Celular(es): 81922573793

Residência: RUA VEREADOR NATHANIEL RINHADÃO DA SILVA - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL - MUNICÍPIO DE CONDADO, 34, LOT ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

WALDEMIRO RAMOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino N.º: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço: MUNICÍPIO DE CONDADO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido N.º: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

file:///C:/Users/Policia%20civil/infopol/xml/ROEPreview.html

05.802.494/0001-
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

001109719

08/07/2019

Rua da Aurora, N.º 175, SL 902 BL.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 (71) 3222-1111

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): WALDEIMIR RAMOS DA SILVA, que encontra-se em posse do(s) Sr(s):

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Detalhamento: Moto MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apropriedade NÃO

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGL7782 (PERNAMBUCO/CONCEIÇÃO) Renavam: 885672264 Chave: SC2HB0210DR444454

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCOOL/GASOL

Complemento / Observação

CONSPARECEU NESTA GP PARA INFORMAR ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 13/04/2015, ENQUANTO CONDUZIA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA, QUANDO HOUVE UMA DISTRAÇÃO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DA CIDADE DE CONCEIÇÃO E FOI IMMEDIATAMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARmino CORREIA EM OGIVA, EM SEU RUMO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL NIGUEL ARRAS, ONDE FORAM FEITOS TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ACIDENTE ACABOU EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NADA MAIS CUMPRIRE RELATAR.

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Luau Francisco Chaves Silva

(VITIMA)

B.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE SOUZA CÓDIGO: 100886203



Assinatura

Concordo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

00/AB/2015

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
51712-000

00/AB/2015



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP115°CIRC
 DINTER1/11°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0143000731

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/07/2019 às 15:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/4/2019 no período da Manhã

Foi acionado no endereço: **LOT ESPERANÇA - PRÓXIMO AO COLEGIO TIMBÓ - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL** - MUNICÍPIO DE CONDADO, 01 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 WALDEMIRO RAIMOS DA SILVA (OUTRO)
 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na execução da ocorrência) , que esteve em posse do(a) S(r)a: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino N.º: MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES PR. FRANCINHO DE ARAUJO SILVA Data de Nascimento: 04/07/1996 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 88178515058PE (RG), 11958794488 (CPF) Endereço: SERRALHEIRO Telefone(s) Celular(es): 81922573793

Residência: RUA VEREADOR NATHANIEL RINHADÃO DA SILVA - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL - MUNICÍPIO DE CONDADO, 34, LOT ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

WALDEMIRO RAIMOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino N.º: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço: MUNICÍPIO DE CONDADO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido N.º: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

file:///C:/Users/Policia%20civil/infopol/xml/ROEPreview.html

05.802.494/0001-
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

001109719

08/07/2019

Rua da Aurora, N.º 175, SL 902 BL.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 (71) 3222-1111

Qualificação do(s) objeto(s) envolvida(s)

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): WALDEIMIR RAMOS DA SILVA, que encontra-se em posse do(s) Sr(s):

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Detalhamento: Moto MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apropriedade NÃO

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGL7782 (PERNAMBUCO/CONCEIÇÃO) Renavam: 885672264 Chave: SC2HB0210DR444454

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCOOL/GASOL

Complemento / Observação

CONSPARECEU NESTA GP PARA INFORMAR ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 13/04/2015, ENQUANTO CONDUZIA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA, QUANDO HOUVE UMA DISTRAÇÃO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL DA CIDADE DE CONCEIÇÃO E FOI IMMEDIATAMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARmino CORREIA EM OGIVA, EM SEU RUMO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL NIGUEL ARRAS, ONDE FORAM FEITOS TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ACIDENTE ACABOU EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NADA MAIS CUMPRIRE RELATAR.

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Luau Francisco Chaves Silva

(VITIMA)

B.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE SOUZA CÓDIGO: 100886203



Assinatura

Concordo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

00/AB/2015

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
51712-000

00/AB/2015

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

 Nº do seguro ou ASL: **119.587-944 - 06** Nome completo da vítima: **Juan Francisco Chaves Silva**
 CPF da vítima: **119.587-944 - 06**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Juan Francisco Chaves Silva	CPF da vítima: 119.587-944 - 06
Profissão: Estudante	Endereço: Av. Esperança
Número: 34	Complemento: —
Bairro: Boa Esperança	Estado: PE
CEP: 55940-000	DDD: (81) 3626-3771
E-mail: corporacionia_goiama@gmail.com	

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

DADOS CADASTRAIS

 RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (841)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: **Bradesco**

 AGÊNCIA: **1900** CONTA: **41344**
 (Informar o dígito de agência) (Informar o dígito da conta)

 AGÊNCIA: **1900** CONTA: **41344**
 (Informar o dígito de agência) (Informar o dígito da conta)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

-
- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
-
-
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
-
-
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (não nascido): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provassem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

 Local e Data: **Londado - PE 09.**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

 2º | Nome: **05.802.494/0001-41**
 CPF: **05.802.494/0001-41**

 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGURO LÍDER

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

08.100.719

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá encetar outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔSO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a carregar cláusula do termo de conteúdo, assim o preenchimento é assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

808 VISE - CEP 50.060-011

01/01/04



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2019/ET004936 Data e Hora de Aendimento: 13/04/2019 13:46 Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:
54947 Luan Francisco Chaves Silva
Nascimento: 25/06/1996 Idade: 22 Sexo: Masculino Cor: Não Informado
Estado Civil: Não Informado Profissão: Naturalidade: TIMBAUBA Nacionalidade: BR
Documento de Identidade:
Filiação: MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA ALFREDO LOPES, 767 Complemento: LOT NOVO CONDADO
Cidade: CONDADO UF: PE Telefone: NT
Acompanhante: O MESMO
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Colisão (Árvore, Muro, Poste) Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: UNIDADE MISTA DE CONDADO

Meio de Transporte: Ambulância

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
 () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
 () Fadiga () Distúrbios visuais () Paraparesia e/ou Paralisia da parte do corpo
 () Dor Local queixo esquerdo
 () Queixa urinária
 () Sangramento, Lsg.
 () Outras queixas: não consegue dormir deiteu
acidente de moto de manhã

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
 () Pediatria
 () Cirurgião
 () Ortopedista
 Serviço Social
 () Maternidade
 () Enfermagem
 () Outros: _____

Classificação:

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tubercolose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () AVC

Outros: Refere ter tido desmaio após moto do acidente

Sinais Vitais

P.A. 124 x 66 mmHg Tm 30 °C Pm 92 bpm F.R. 140 bpm

NOTIFICADO

Ass. Enfermagem

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar _____ mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

MOTO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLETA
NA S. KAREN. ARAUJO TUR. 100-100
COM LIMITAÇÕES FÍSICAS.

Exame Físico: Peso: kg

NEGA VÔMITOS

EEG: NENHUM, EKG: NORMOCARDIA ECG: 15

Hipótese diagnóstica / conduta

FRANCAO CONTATO CONTATO ORACAO CORRETORA

05.802.494/0001-4

DE SEGURANÇA =

Código de Atendimento:

CID 10:

00 ARI 2013

0301060061-240

VITAE

Rua de Aurora, N° 175, S/ 902 B/C
 Boa Vista - CEP 51.900-010
 RECET-PE

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000041344-5

Nr. Autenticação

BRADESCO11120190500000000002370180000000041344253125 PAGO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-002
CNPJ 10.335.932/0001-08
INSSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-23



CELPE

www.pelpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/2002
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Número de atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 157-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES	26/06/2019	17/06/2019	007030478350
CPF: 056.682.674-38	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	NF DO CLIENTE
	0,00	17/06/2019	2001636723
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	NP DA INSTALAÇÃO	
LO BOA ESPERANCA 94	066367015	0006696727	
BOA ESPERANCA/CONDADO	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	
08860-000 CONDADO PE		Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no	RESERVADO AO FISCO	B701.C964.22B7.EC36.EPBE.FA93.726D.37BE	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Aliado (KWh)	88,00	0,74193678	64,91					
Aeródromo Bandeira AMARELA			0,39					
Centro, Uvar. Públis. Municipal			4,92					
ICMS Subvenção-CDE-HP 004578492-20/03/19			0,47					
ICMS Subvenção-CDE-NF 008834580-17/04/19			0,32					
Multa por atraso-NF 0023488204 - 17/05/19			1,02					
Juros por atraso-NF 0023488204 - 17/05/19			0,17					
Alimentação IGPM-NF 0033388204 - 17/05/19			0,06					
TOTAL DA FATURA			81,66					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIB	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
44,87	25,00	11,21	44,87	0,17	0,07	44,87	0,79	0,35

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DIAS	CONSUMO MÉDIO	AJUSTE	CONSUMO MÍN.	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
00000000000000000000	CAT	19/09/98	000000	19/09/98	000000	01	1.00000	0,00	0,00	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFIRMACO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
2010-07-01								
DIC-Nº de horas sem Energia	CORDADO	0,00	11,00	32,00	44,00			
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	7,00	16,00	22,00			
DICD-Duração média da Interrupção semanal		0,00	5,00	0,00	0,00			
DICR-Duração da Interrupção em dia útil			Limite DICR: 10,00					
Edu/ED-Valor da Energia da Usina e R\$ 17,90								
Total Corte/Interrupção semanal: 0,00 horas da Usina (DIC, FIC, DICD) e 0,00 dias (DICR) sem								

ENGLISH/SPANISH / INGLES/ESPAÑOL

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.anatel.gov.br.

Decreto 100/2013, sobre subvenção CDE, conforme Decreto-Geral 29.4/2013.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de fornecimento.

Paquistão, com ativação gera muitas 2% (Resolução ANEEL), Juntas 1% e reajuste 10,438%/02) e atualização monetária no preço, mas

O Cliente é responsável quando não descontar o prazo definido para o pagamento da encomenda contratada.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
320	302	331
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

www.1000000000.com

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030478350	06/2019	0,00	25/06/2019	05.802.494/0001-41 Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

EATURA RAGA

ANALISE FÁCIL MECÂNICA

DE SEGUROS LTDA

00-10024



AVENIDA CRUZ CERCA - N° 1387 - SANTO ANAIS RECIFE PE
CEP: 50040-005, Fone: (81) 3800 081 0185
Inscrição Estadual: 16.1.001.001438-7
CNPJ: 09.762.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190510399450 Escriptório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MÉDICO DA CUSTA LEITE NEGO
R DO CANTINHO, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 56900-000
INSCRIÇÃO: 063.430.765.0136.000

GRUPO: 13

OPÇÃO MÉS. AUTOMÁTICO: 01039944

VALOR TOTAL: 01039944,0 05/2019-7

LIGADO DATA DELE ATUALIZADA

A12F163548

POTENCIAL

07/05/2019

DATA DELE ATUALIZADA

07/06/2019

DATA DELE ATUALIZADA

1

DATA DELE ATUALIZADA

REAL /

Água

LEIT. ANT.: 362

CONSUMO: 5

LEIT. ANT.: 1

LEIT. ATUAL: 363

LEIT. ATUAL: 1

LEIT. FUT.: 362

LEIT. FUT.: 1

ED. PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

04/2019	17/	1
05/2019	17/	1
06/2019	17/	1
07/2019	17/	1
12/2018	8/	1
13/2018	17/	1
MÉDIA	8/	0

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COM APERFUMES
CLORO RESIDUAL
COLIFORMES TOTais
E. Coli

EXIS. PRAIA PORT.
ME 2.914/11

55

55

55

55

55

HISTÓRICO DE ANÁLISES

ANÁLISES
REALIZADAS

55

55

55

55

55

ATENÇÃO A
LEGISLAÇÃO

55

55

55

55

55

55

OBSEVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTais AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTais, E. COLI E CLORO RESIDUAL SÃO
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3)OS PARÂMETROS CLORO E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO RESPECTO
VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

60,75

PARCELA DE DEBITOS PARCELA 3/5

27,13

MULTA P/IMPORTEALDADe 03/2019

1,75

218	60,75	1,45	1,00
COPIME	60,75	7,60	4,62

20/07/2019

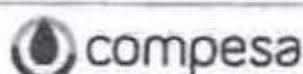
TOTAL R\$ 87,63

87,63

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 87,63. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

EMITIDA POR: INTERNET

EMITIDA EM: 03/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08/10/2019 MATRÍCULA/

Rua da Aurora, N° 175, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.060-010

Arpe Agência de Regulação
de Petróleo

0800-2813844

01039944,0

05/2019-7

87,63

20/07/2019

TOTAL A PAGAR:

87,63

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82820000000-5 89630018062-0 01039944001-9 03201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 69 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 85

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 de 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Guilherme mangabera de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Iouan Francisco Chaves Sibra Inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.587.944 / 06

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Iouan Francisco Chaves Sibra

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.587.944 / 06, 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:	<u>Rua Duque de Caxias</u>			Número:	<u>170</u>	Complemento:	<u>10</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Goiana</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>557100 - 000</u>
E-mail:	<u>arayzoraria.goiana@gmail.com</u>			Tel.(DDD):			

Local e Data: Goiana - PE 09.07.19



Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

011 3217 7119

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-011
RECIFE-PE



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Waldemir Ramos da Silva,

RG nº 3.896.343, data de expedição 13/06/71,

Órgão SDS - PE, portador do CPF nº 024.104.684 - 03,

com domicílio na cidade de Pondado, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

lho Novo Pondado, Quadra 27, Lote 18, nº 776,

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

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

louan Francisco de Souza Silva, cujo o condutor era

louan Francisco de Souza Silva.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2019

Placa: PGL 7762, Chassi: 9C2HB0210DR444454

Data do Acidente: 13/04/19

Local e Data: Pondado - PE 23.05.2019

Waldemir Ramos da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO ÓFICIO ÓNICO
Titular: INÉCIA ANDRADE DE AGRESTE
Telefone: (81) 3242-1028

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WALDEMIR RAMOS DA SILVA DOU PE - Pondado - 23/05/2019 Em testemunha da verdade Paullyane Marília Andrade Oliveira 04 meses - substituta fiscal. PE 3.487 TINH. N.º 0.80 FERG R\$ 0,40 FERI R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08

Selo: 0077636.ZNKB04201901.01094 23/05/2019 09:38:25
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/validigital



05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09/05/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BLO
Boa Vista - CEP 50.060-010
MFT-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Nº do Registro: 2019/ET004935 Data e Hora de Atendimento: 13/04/2019 13:48 Prontuário Local, Prontuário Integrado Local de Entrada:

Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome:

54947 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Registro SUS:

708400226472465

Nascimento: 28/06/1998 Idade: 22

Sexo: Masculino

Cor: Não Informado

Estado Civil: Não Informado

Profissão:

Naturalidade: TIMBAU/BA

Nacionalidade: BR

Documento de identidade:

Filiação:

MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES

Endereço (Av., Rua, etc.): RUA ALFREDO LOPES, 767

Complemento: LOT NOVO CONDADO

Bairro:

Cidade: CONDADO

UF: PE Telefone: NT

Acompanhante: O MESMO

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

- Act. Colisão (Árvore, Muro, Poste)

Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: UNIDADE MISTA DE CONDADO

Meio de Transporte: Ambulância

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- Febre Vômito Dificuldade de respirar Tosse _____
 Taquicardia Convulsão Desmaio Tonturas Fraqueza Confusão
 Fadiga Distúrbios visuais Paraparesia e/ou Paralisia da parte do corpo
 Dor Local golino esquerdo
 Queixa urinária _____
 Sangramento, Loco não consegue dizer se sentiu
 Outras queixas: acidente de moto de manhã

Encaminhamentos

- Clínica Geral
 Pediatria
 Cirurgião
 Ortopedista
 Serviço Social
 Maternidade
 Enfermagem
 Outros: _____

Classificação:

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- Hipertensão Diabetes Problemas cardíacos Asma Bronquite Alergias
 Tuberculose Convulsão Tabagismo Enfisema Alcoolismo AVC
 Outros: Refere ter tido desmaio após haver do
 Uso de medicamentos: acidente

Sinais Vitais

PA 124 x 66 mmHg Tm 36 °C Pm 92 bpm F.R. regular

NOTIFICADO

Exames Diagnósticos auxiliares

Glicemia Capilar _____ mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

Quais principais (QP) / Histórico da doença (HDA)

Victima de acidente motociclista
5 horas. Rozata tor e joelhos
e limitação funcional.

Exame Físico: Peso: _____ kg

Nega tumores

CP: 660, evançado, normocromia ECG: 15

Hipótese diagnóstica / conduta

Fractura conto-contuso ABACAO CORRETORA

05.802-494/0001

DE SECRETARIA

Código de Atendimento:

CID 10:

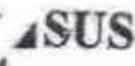
00 A 09 2019

0301060061-240

VIT

rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIF-PE



Laudo para solicitação de autorização de internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES AT: 473500			
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES			
5 - Nome do Paciente		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA		6 - Nº Prontuário			
7 - Censo Racional do SUS		8 - Data de Nascimento		9 - Sexo	
708400226472465		26/06/1996		10 - Raca Cor	
11 - Nome da Mãe				11 - Etnia	
MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES				0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato			
MARIA JOSE		8198971714			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)		14 - Telefone de Contato			
RUA VERIADOR NATANAEL SIMIAO DA SILVA, 34 - CENTRO					
16 - Município		17 - IBGE		18 - UF	
CONDADO		250480		PE	
19 - CEP 55940970					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
1 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos TE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISAO COM CERCA DE FAZENDA) HA 10 HORAS, EVOLUINDO E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO COM ESCORIAÇÃO LOCAL. NEGA COMORBIDADES OU TRAUMATISMOS PREVIOES.					
21 - Condições que justificam a Internação TRATAMENTO CIRÚRGICO					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO					
23 - Diagnóstico Inicial / Código		24 - CID 10 Principal		25 - CID 10 Secundário	
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA		S821		V299	
26 - CID 10 Causas Associadas					
27 - Descrição do Procedimento Solicitado					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL					
28 - Código do Procedimento 0408050551					
29 - Especialidade CIRÚRGICA		30 - Carter de Atendimento 2		31 - Documento (CNS/CPF) 980016279437833	
de Profissional Solicitante/Residente		32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		33 - Assinatura e Câmera Móvel de Segurança no Conselho	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO		34 - Data da Solicitação 13/04/2019		D. LURE MUNIZ M. S. M. 16339 CRM-PE 27956 CRM-BA 33099	
35 - Preencher em caso de causas externas (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 -) Acidente de Trânsito		37 -) Acid. Trabalho Típico		38 -) Acid. Trabalho Trajeto	
39 - CNPJ Seguradora		40 - Nº Bithita		41 - Síne	
42 - CNPJ / Empresa		43 - CNAE / Empresa		44 - CBOR	
45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado		() Empresário		() Autônomo	
() Desempregado		() Aposentado		() Não Segurado	
46 - Nome do Profissional Autorizado					
47 - Cód. Órgão Emissor E260000001		AUTORIZAÇÃO			
48 - Documento (CNS/CPF)		49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			
() CNS () CPF					
50 - Data de Autorização		51 - Assinatura e Câmbio (NP Registro do Conselho)			
		Dr. Antonio Albuquerque Queiroz Ginecologista / Traumatologista CRM-PE 15791-15607-1443 CORRETORA			
		184/0001-41 TRABALHOS DE SEGUROS 09/04/2019 00175-51902 BLIC			
AIH 261910216295-2					
AIH 261910216296-3					
Código do Laudo: 473392					

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 473500

Usuário: ANACOS

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA
 Idade: 22a 9m 19d
 Profissão:
 R.G.:
 Endereço: RUA VERJADOR NATANAEL SIMIAO DA , 34
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-45
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
 Escolaridade:
 C.P.F.: Telefone:
 - CENTRO
Dados da Internação
 Data e Hora da Internação: 14/04/2019 16:22
 Plano: GERAL
 Prontuário: 124754
 Data de Nascimento: 26/06/1996
 CEP 55940970
 - CONDADO - PE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
 Endereço:
 Fone:
 Cidade:
 R.G.:
 - Numero:
 Estado civil:
 C.P.F.: 29 04 19
 -
 01ms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/04/19 Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: 05/11/02

Diagnóstico Principal.....: Fraturum PUTO TIBIAL ESCORVO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Medimento.....: 05/11/02 PUTO TIBIAL (G)

*Luis Teixeira Pinto
Cirurgião-Dentista
CRM-PE 21795
04/04/2008*

Medico e CRM:

*Luís Teixeira Pinto
CRM-PE 21795
04/04/2008*

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em: _____ de _____ de _____

06.802.494/0001-41

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Rua da Aurora, 19 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



FORMULARIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A REDE DE SAÚDE

UF _____
Cidade _____
Município: São Luís do Maranhão
Endereço: Rua Major Antônio Ferreira, 100 - Centro - São Luís
CEP: 5042-1794
Social: _____
Nome: João Batista Chaves Souza
Ações: PEL transferido para realização de exames

Em caso de encaminhamento às especialidades e procedimentos médicos, este formulário deve ser entregue juntamente com o encaminhamento médico.

Fábio Luiz Almenara
Assistente Social
CRE 11/PE

data: 22 de 04 de 10

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

D R M 27/09

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RS/BR/PT

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 13/04/2019 16:16

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA
Cód. Paciente: 124754
Data de Nascimento: 26/06/1996
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 473392
SAME: 111529

Período: 13/04/2019 16:36 - 13/04/2019 16:37

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 07 HS , PROVAVEL LESÃO DE PATELA ESQ+ ESCORRIAÇÕES , INFORMA QUE NAO ESTAVA FAZENDO USO DE CAPACETE, APRESENTANDO PERDA DE CONCIENCIA) NEGA EPISÓDIO DE EMESE, HAS-DM-ALERGIAS-

Interação:

PACIENTE ENCAMINHADO DO BELARMINO CORREIA COM SENHA: 5661790

Exame/Exame sintoma:

TRAUMA

Crimador(es):

- CONTUSÕES E ESCORRIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 106.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 100.00 %

RE-CLASSADO

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

Local

IRYS FELIPE
DA SILVA

05.802-494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA IDA

08/04/2019

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

NR 175, SL 902 BLT
Boa Vista - CEP: 50.060-010
08/04/2019

Data Impressão: 13/04/2019 16:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Atendimento: 473392

Data e Hora: 13/04/2019 16:22

Senha da Classificação:

0022

Paciente: 124754 Luan Francisco Chaves Silva

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 26/06/1996 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES

Nome do Pai: FRANCISCO DE ASSIS SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA VERRIADO NATANAEL SIN -

34

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CONDADO PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente refere história de colisão moto com arco de bengala há 10h, evoluindo com dor e deformidade no joelho direito + firmeza. Nega comorbidades ou alergias.

Exame Físico

EGB: consciente, orientado, suave, afibril. Edema local do joelho direito; doloroso à manipulação local. Exame de firmeza em torno proximal anterior da perna. Rx de joelho D: Frx de plato tibial direito.

Hipótese Diagnóstica

Frx de plato tibial direito

Prescrição Médica

- ① Internamento hospitalar
- ② Sólicito RX + TC de joelho esquerdo
- ③ Diprospan 1g + AD, IV, 6/6h
- ④ Cetapofene 100mg + 100ml SF 0,9%, IV 12/12h
- ⑤ Tramal 100mg + 250ml SF 0,9%, IV, 8/8h.
- ⑥ Colocar cinta elástica e/ou órtese após exames de imagem

D. Luciano Machado
CRM 12346
Dr. Joaquim
Britto

Assinatura e Carimbo/Médico

- Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
 () Transferido: Para _____
 () Encaminhado ao setor de internação

05 802.494/0001-41
 Senha: TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 09/04/2019



PERNAMBUCO



米高·亞拉士
MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA REG:124754

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO-

DATA/HORA	
13/4/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
13/04/19 20:00	# ADMISSÃO
	PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (COLISÃO COM CERCA DE FAZENDA) HÁ 10 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO COM ESCORIAÇÃO LOCAL. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.
AO EXAME:	EGB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. EDEMA LOCAL EM JOELHO ESQUERDO, DOLOROSO À MANIPULAÇÃO LOCAL. ESCORIAÇÃO LEVE EM REGIÃO ANTERIOR DE TERÇO PROXIMAL DE Perna ESQUERDA. RX DE JOELHO ESQUERDO: FX DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
CD:	INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO RX + TC DE JOELHO ESQUERDO SEM CONTRASTE ANALGESIA
	<p style="text-align: right;"><i>Dr. Luis Soárez Marques CRM-SP 166 CRP-SP 13299 + Dr. Inácio Britto</i></p> <p><i>W/11-11</i></p> <p><i>1. FOTO</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>2. Rx = ex. platô tibial (6)</i> • <i>3. Aumenta fino (magro) do membro</i> • <i>4. HZ (6) = ex. uso de motociclo</i> • <i>5. Dor palpável dolor</i> <p><i>José Marcos Ferreira CRM-SP 12125</i></p> <p><i>6. Rx</i></p>

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 AGO 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. F
Belo Horizonte - CEP 50.060-010



PERNAMBUCO



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

IDADE: 22A SEKO: M

DATA DA ADMISSÃO: 13/04/19

REG: 124754

DATA DA ALTA: 22/4/19

DIAGNÓSTICO:

- #### • FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO SCHATZKER V

TRATAMENTO REALIZADO:

- 15/04: FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR
 - 19/04: RAFI COM PLACA +PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
 - TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
 - FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
 - DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
 - DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA ZERO;
 - PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
 - RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO MÉDICO, CASIMIRO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Dr Francisco
Court-

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09.000.719
Av. Nossa Sra. N° 175, Sl. 902/91
BOA VISTA - CEP 59010-010
R/CTE/PA



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



Evolução Clínica

NOME: WAN Francisco REG: _____

CLÍNICA: 07000 ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
21/04/19	OPROPSD 1 E
	PICHE MUS. COM SANGRAMENTO IMPORTANTE PELA FQ SE OPERATÓRIO DO DORSO.
	ACOMPAHAMENTO PESSOAL 02 PESS. DE VINTO COM CINCO VENAS
	ED- ① SUSP. CLAVICULA ② HT / Hb ③ TOQUE DO EXAMES E OBSERVACOES
23/04/19 11:00	Dr. Ivan Guedes RECIFE
	Pointe operadora. Garrafinha com Glicerina Urticante.
	Proximamente. Faz tempo que não venho fazer
	ED- ① Reta hospitalar com retoma ambulatória com / sempre ② Otimização (am. 000000 00.000000)

05.802-94/0001-43
TRAGAO CORRETOR
DE SEGURO SAO
BRAO MM 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Itaú - CEP 50.060-010

Dr. Filipe Guedes
Medico Reumatologista
Ortopedia e Reumatologia
CRM-PB 000000
F. Dr. Francisco

Aviso de Cirurgia : 55908
Paciente : 124754
Convênio Atend. : 1
Leito : 744
Dt. Início : 15/04/2019 15:45
Cid Pré-Operatório : S821
Cid Pós-Operatório : S821

Procedimento: 0408050551
Convênio: 001
Anestesia: 05

Sala : 0002 SALA 02
LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-45
Dt. Fim : 15/04/2019 16:45
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 473500
Carteira :
Idade : 22 Anos

Procedimentos
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

Equipe Médica
13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA PLATÔ TIBIAL JOELHO ESQUERDO SCHATZER V;
CIRURGIA: OSTEOSÍNTSE COM FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM JOELHO E;
CIRURGIAO: DR. ALEXANDRE ANDRADE
1º AUXÍLIO: DR. IAN BURSTOFF
2º AUXÍLIO: DR. LUIZ ROGERIO GOMES
ANESTESISTA: DRA. MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
4. FIXAÇÃO COM 01 FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR TUBO A TUBO EM JOELHO D COM 02 PINOS DE SCHANZ EM FÉMUR DISTAL LATERAL E 02 EM TÍBIA MEDIAL DIAFÍSÁRIA
5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
6. CURATIVO SIMPLES
7. SÉRFUSÃO SATISFATÓRIA EM EXTREMIDADE DO MIE;

Arranjos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Luiz Rogério Macêdo Gomes
Médico
CRM-PE 27898 CONCEIÇÃO 33039

DR(A): ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
CRM: 13344

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
01/05/2019

Aviso de Cirurgia : 55976
Paciente : 124754
Convênio Atend. : 1
Leito : 55
Dt. Início : 19/04/20
Cld Prê-Operatório : S821
Cld Pós-Operatório :

Ficha de Circunstancia Descripción

Sala : 0002 SALA 02

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-510-LEITO 001
Dt. Fim : 18/04/2019 18:40

Atendimento: 473500
Carteira:
Idade: 22 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimientos

Procedimento: 0408050551
Convênio: 001
Ano letivo:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
10586 JAMILÉ DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

29.04.19

References

Descrição Circunletal:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQ TIPO VI DE SCHATZKER
INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESE DO PLANALTO TIBIAL ESQ.

INTERVENÇÃO: OSVALDO SÍNTESE
OPERADOR: ITALO GALIZA
1º AUXILIAR: FAGNER ATHAYDE
2º AUXILIAR: GUILHERME BORBA
INSTRUMENTADOR: PRISCILA
ANESTESISTA: JAMIL
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA
 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + EVASOZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIE
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 4. INCISÃO PELA VIA PÓSTERO-MEDIAL, DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO; ORBAGEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO DA MESMA AUXILIADA POR INTENSIFICADOR DE IMAGENS.
 5. FIXAÇÃO TEMPORARIA COM FIO + FIXAÇÃO COM PLACA EM "L" ANTI-CISALHANTE DE 8 FUROS MAIS 3 PARAFUSOS CORTICIAIS DISTAIS.
 6. INCISÃO ANTERO-LATERAL COM DIVULSAO POR PLANOS E REDUÇÃO CRUENTA DE FRAGMENTO LATERAL DA FRATURA AUXILIADO POR INTENSIFICADOR DE IMAGENS
 7. POSICIONAMENTO DE PLACA EM "L" DE 8 FUROS COM 3 PARAFUSOS CORTICIAIS DISTAIS E DOIS ESPONJOSOS DE ROSCA PARCIAL PRÓXIMAIS AO FOCO FRATURÁRIO
 8. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML
 9. APLICADO DRENO ASPIRATIVO NÚMERO 4,8 EM F.O. MEDIAL
 10. RETIRADA DE GARROTE, REVISÃO DE HEMOSTASIA
 11. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 2-0 E DA PELE COM NYLON 3-0
 12. CURATIVO
 13. PERFUSÃO E PULSOS DISTAIS PRESERVADOS

Sangue e Derivados:

Qt. Solidadis

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

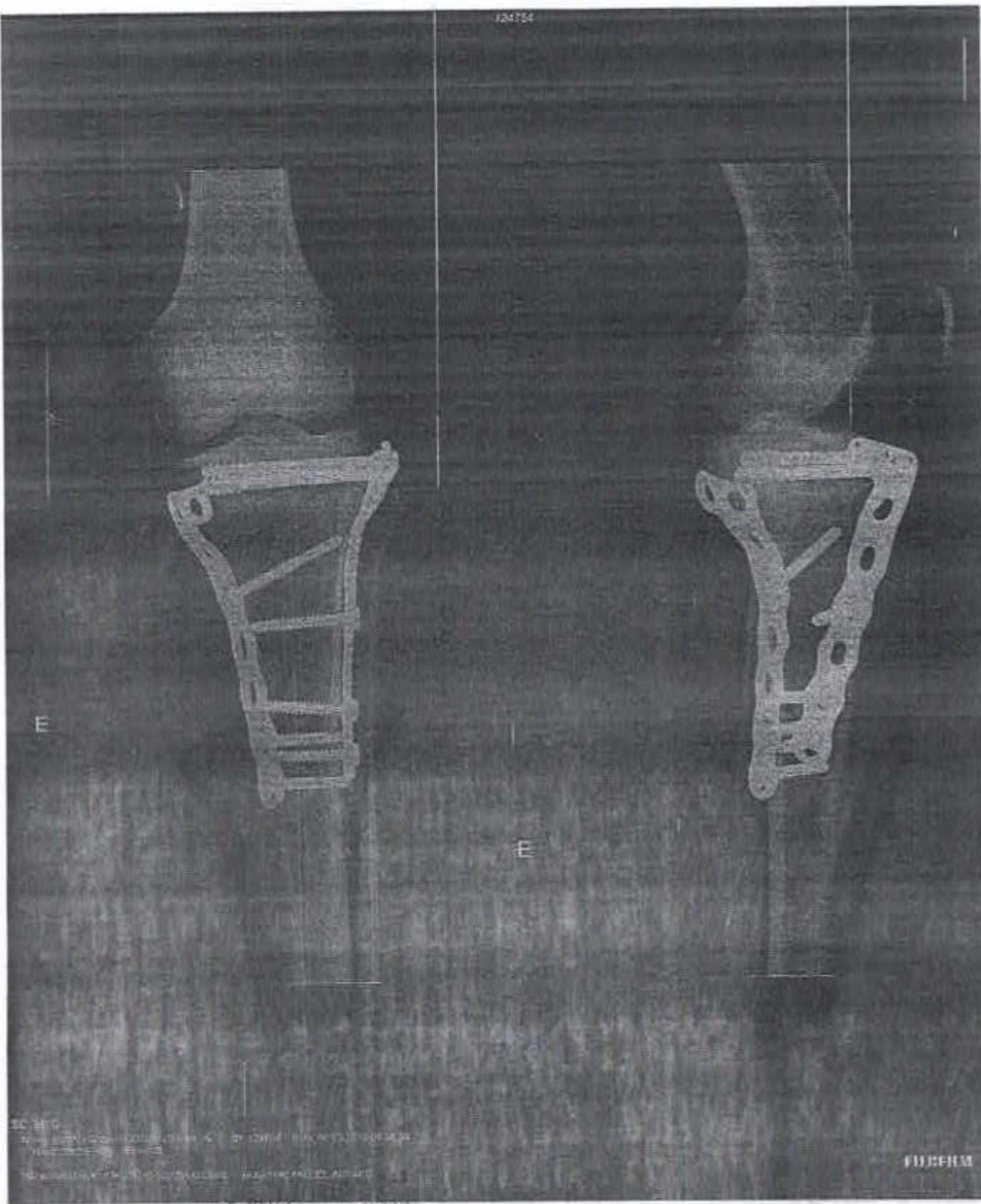
1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRABES DE AL ENCARNACION

Rua da Aurora
Boa Vista
Gardens
3472
19



FUJIFILM

Serviços de Imagens:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecoangiografia

05.802-1
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
08 103 2129

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. L
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/53-06

Estrada da Fazendinha 5/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9517



hma.imip.org.br

124754

D

JOELHO ESG

D

JOELHO ESG

SC: 55 49
Nome: JOELHO ESG
Data: 08/04/2019
Endereço: Rua da Aurora, 175, 51.902 BL. C.
Bairro: Boa Vista
Cidade: PE
CEP: 50.060-010

FURFILM

Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrasomografia
Endo-Endoscopia

TRAÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA

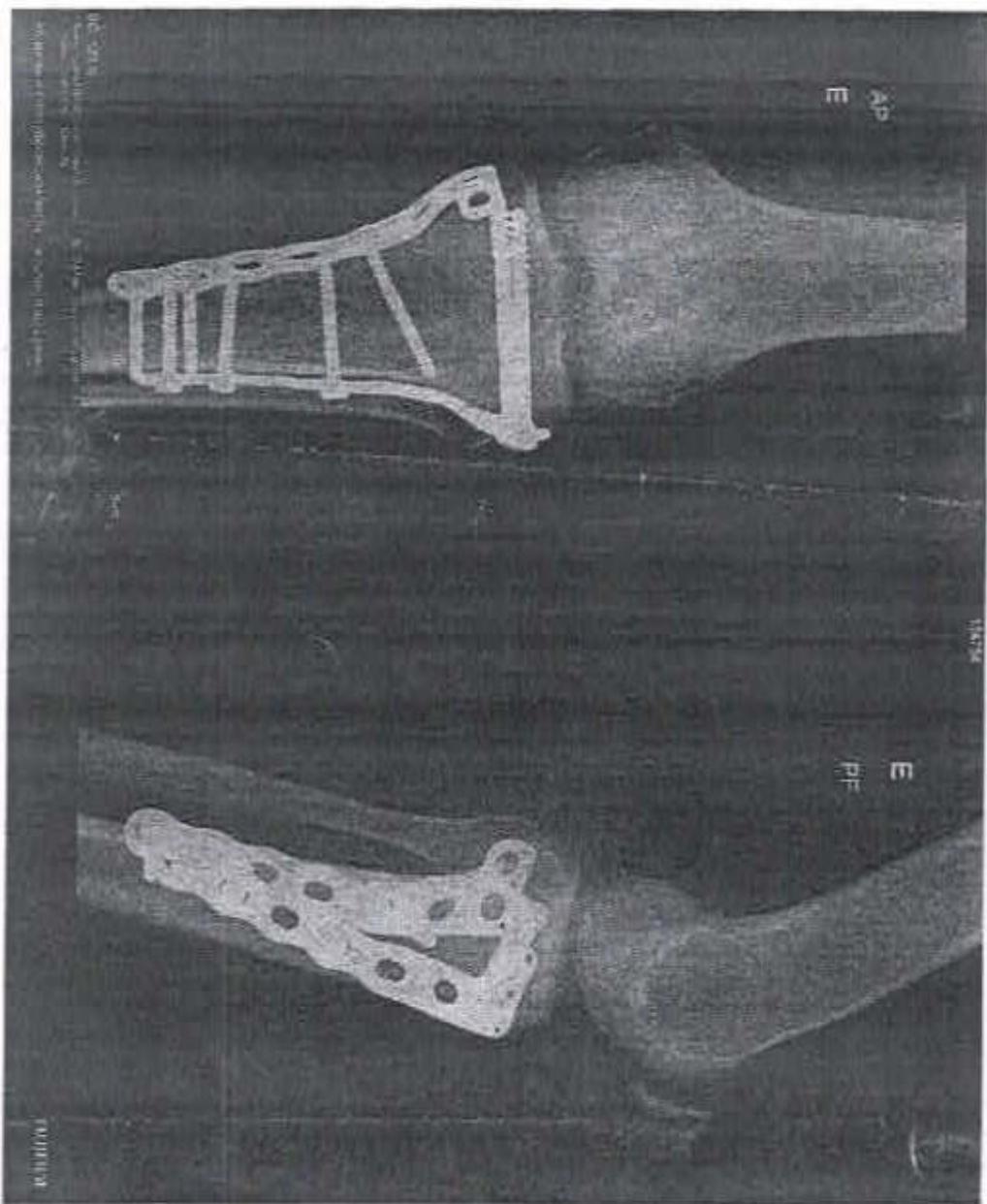
08/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/CEP/PE

Estrada da Fazendinha 5/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9500/FAX: 3181-9517



hma.imip.org.br



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

0 a 100%
-0 a 100%

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boca Vista - CEP: 53.413-010
RECIFE/PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO
13/04/2019	13/04/2019
NOME COMPLETO DA VITIMA	
Luan Francisco Lemos 81/04	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE	
<p><i>Fratura do Ponto - Tríplice</i> <i>1º Grau e exposta</i></p>	
DADOS RELATIVOS AOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	
<p>1º <i>1º Grau - Redução fechada</i> <i>+ Fixador Externo</i></p> <p>2º <i>1º Grau - Retirada de fixador</i> <i>+ Crípsis + osteosíntese</i> <i>+ Fixador interno - 26 (unid) Stépano</i></p>	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EXISTE ALGUM DEFÍCITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? (CASO POSITIVO DESCREVER)	
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSUISE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.	
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO ATINGIDO	
<p><i>metáfiso inferior esq + 75%</i></p> <p><i>lafogreira esq fratura 0/0</i></p> <p><i>coluna crico</i></p>	
<p><i>metáfiso inferior esq + 75%</i></p> <p><i>lafogreira esq fratura 0/0</i></p> <p><i>coluna crico</i></p>	
<p><i>metáfiso inferior esq + 75%</i></p> <p><i>lafogreira esq fratura 0/0</i></p> <p><i>coluna crico</i></p>	
<p><i>metáfiso inferior esq + 75%</i></p> <p><i>lafogreira esq fratura 0/0</i></p> <p><i>coluna crico</i></p>	

02/08/2019

02/08/2019

02/08/2019

02/08/2019

05.802.494/0001-03
 TRAÇÃO CORRETIVA
 CEE-001-001-1110

DT 1M 75%

102 da Avenida 10175-5693
 Bairro: CDP-10.000 GV

REFLET-PE

Scanned by CamScanner



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 119.587.944-06

Nome: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Data de Nascimento: 26/06/1996

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETOURA
DE SEGUROS LTDA

09 162 709

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.060-010
RN/CEP/PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

8.8.100719

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
30217-000-PE

ESTRATEGIA E GOVERNOS

SEARCHING FOR
CIP 2005-06

SECURAFORA LÍDEH - DPVAT
CNPJ 01.200.000/0001-00

卷之三

Aphoræ fæculæ

CONDAOO-PE
Roberto Carlos Moreira Ponteilles
SECRETARIO-ESTADUAL DE TRANSPORTES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190582937 **Cidade:** Condado **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA **Data do acidente:** 13/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA DEFORMIDADE EM PLANALTO TIBIAL COM AUMENTO DE VOLUME (3+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO JOELHO EM 10°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DEFORMIDADE EM VARO, DEAMBULA COM DIFICULDADE E NECESSIDADE DE USO DE MULETA AXILAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15°.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR, APÓS ESSE PERÍODO FOI REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE 2 PLACAS 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICIAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

**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: 3190582937
Nome do(a) Examinado(a): Luan Francisco Chaves Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lo Boa Esperanca, 34
Boa Esperanca Boa Esperanca PE CEP: 55940-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9917851
Data local do acidente: [13/04/2019]
Data local do exame: [28/10/2019] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR, APÓS ESSE PERÍODO FOI REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA COM USO DE 2 PLACAS 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DEAMBULA COM DIFICULDADE E NECESSIDADE DE USO DE MULETA AXILAR.

Data da Alta: 15/04/2019

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

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA DEFORMIDADE EM PLANALTO TIBIAL COM AUMENTO DE VOLUME (3+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO JOELHO EM 10°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DEFORMIDADE EM VARO, DEAMBULA COM DIFICULDADE E NECESSIDADE DE USO DE MULETA AXILAR, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15°.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO JOELHO EM 10°

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°

DEFORMIDADE EM VARO

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 30°

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15°.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% 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

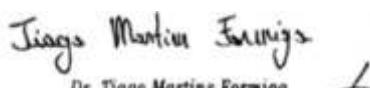
Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga

CPF - 051.447.734-27

CRM/PB - 8085

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Luan Francisco Chaves Silva
RG/CNH/CTPS: 9.917.851SDS/PE CPF: 119.587.944-06

Profissão: Ajudante de Serralharia

Estado Civil: Solteiro

End: Lot Esperança, n°34, Boa Esperança, Condado ,PE. CEP: 55940-000.

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PECPF: 083.562.324-65

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado

End: Rua Duque de Caxias, N° 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

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:
Luan Francisco Chaves Silva

ACIDENTE: 13/04/2019

COBERTURA: INVALIDEZ

Condado/PE, 22 / 05 / 2019

Luan Francisco Chaves Silva

OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE OFÍCIO - PEÇO
Endereço: Rua da Aurora, 175, Sl. 902 B/C
Cidade: Boa Vista - CEP: 50.060-010
Telefone: (81) 3842-1226
Celular: (81) 9888-1234

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUAN FRANCISCO
CHAVES SILVA, DOU FZ, Condado, 22/05/2019, da verdade
Maria Andrade Oliveira da Menezes - Substituta Emol. R\$
3,43 TMR R\$ 0,80 PERC R\$ 0,40 FIRM R\$ 0,04 FUNI
Selos: 0677636.AJC04201901_01067 22/05/2019 14:59:12
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seadigital



05/05/2019
02.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

09/05/2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 B/C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RC/CF/JS

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Luan Francisco Chaves Silva
RG/CNH/CTPS: 9.917.851SDS/PE CPF: 119.587.944-06
Profissão: Ajudante de Serralharia
Estado Civil: Solteiro
End: Lot Esperança,nº34,Boa Esperança,Condado ,PE. CEP: 55940-000.

Outorgado:Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.
RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PECPF: 083.562.324-65
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

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:
Luan Francisco Chaves Silva

ACIDENTE: 13/04/2019

COBERTURA: INVALIDEZ

Condado/PE, 22 , 05 , 2019

Luan Francisco Chaves Silva

**OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)**

CARTÓRIO DO ÓFÍCIO ÚNICO
TITULAR: LÉTICIA ANDRADE DA COSTA
Telefone: (81) 3662-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUAN FRANCISCO
CHAVES SILVA, DOU PE, Condado, 02/05/2019, da qual
da verdadeira
Maria Andrade Oliveira de Menezes - Substituta Enol. RS
3,43 TURM RS 0,80 FERD RS 0,40 FERM RS 0,04 TUR
Data: 0077636.AJCO4201901.01067 22/05/2019 14:59:12
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seadigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356963/19

Número do Sinistro: 3190582937

Vítima: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

CPF: 119.587.944-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/04/2019

Titular do CPF: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso

**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: **3190418900**

Nome do(a) Examinado(a): **LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

LOT ESPERANÇA, 34 - BOA ESPERANÇA - Condado - PE - CEP 55940-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9917851**

Data e local do acidente: [**13/04/2019**] **CONDADO PE**

Data e local do exame: [**22/07/2019**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM FACE LATERAL DO JOELHO E REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA (3+/4+) COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE, CISÕES CIRÚRGICAS EM FACE MEDIAL DE 12 CM DE EXTENSÃO E EM FACE LATERAL COM 20 CM DE EXTENSÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA MUSCULAR EM COMPARTIMENTOS DA COXA EM 2,5 CM, DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETAS AXILARES, NÃO LIBERADO PARA O APOIO COM CARGA .

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.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA NO DIA 15/04/2019 DEVIDO AO GRAU DE COMINUIÇÃO ÓSSEA FOI REALIZADA A FIXAÇÃO EXTERNA TRANS ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO. NO DIA 19/04/2019 FOI REALIZADA A RETIRADA DO FIXADOR E REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA COM 2 PLACAS 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS EM FACE LATERAL E MEDIAL DO JOELHO ESQUERDO EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E NÃO LIBERADO PARA PISAR COM CARGA ..

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

[] Sim [**X**] Não

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

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 **60** 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 ás regiões corporais acometidas.

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

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.

NÃO HÁ TEMPO HÁBIL PARA CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES .

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TELEF 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB