

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



---

**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

---

**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: INTERRUÇÃO 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

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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 119.587.944-06 Nome completo da vítima: Juan Francisco Chaves Silva

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: Recusou Endereço: Boa Esperança Número: 34 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Boa Esperança Cidade: Condado Estado: PE CEP: 55940-000  
E-mail: anexosia.gaiama@gmail.com Tel (DDD): (81) 3626-3771

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

RECEITA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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 ☐ 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\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (541)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 41344 5  
(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 invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as 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, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 299 do Código Penal.

Local e Data: Condado-PE 09

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juan Francisco Chaves Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

05.802.454/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGURO

Assinatura

08/10/2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar 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 dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo do presente preenchimento e assinatura.

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

BOA VISTA - CEP 50.060-010



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 153ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC  
DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0143000731

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

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

Fato ocorrido no endereço: LOT ESPERANÇA - PRÓXIMO AO COLEGIO TIMBÓ -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL. Próximo ao MUNICÍPIO DE CONDADO, 01 - Bairro: CENTRO -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
WALDEMIR RAMOS DA SILVA (OUTRO)  
LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES / Pai: FRANCISCO DE ASSIS SILVA / Data de Nascimento: 28/01/1996 / Nacionalidade: TIMORLESA / PERNAMBUCO / BRASIL. Documentos: 9947851 (SUPE / RG), 11958784400 (CPF) / Profissão: SERRALHEIRO  
Telefone Celular: 31999973793

Residência: RUA VEREADOR NITANIEL SIMÃO DA SILVA - CONDADO PERNAMBUCO BRASIL. Próximo a: 10  
MUNICÍPIO DE CONDADO, 34, LOT ESPERANÇA - CEP: 55000-200 - Bairro: CENTRO -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL

WALDEMIR RAMOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.  
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE CONDADO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL

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

file:///C:/Users/Polícia%20Civ%20Int%20Pol%20BOE/Preview.html

05.802.494/0001  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

08/07/2019

08/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 SL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): WALDEMIR RAMOS DA SILVA, que esteve em posse do(s) Sr(s):  
 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não  
 Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGL7762 (PERNAMBUCO/CONGADO) Registro: 885672251 Classe: 8C2HB0210DR644454  
 Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Construção: ALCOGASOL

## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP PARA INFORMAR ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 13/04/2015, ENQUANTO CONDUZIA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA, QUANDO HOVEU UMA DISTRAÇÃO, DESERTEILISSEU-SE E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DA CIDADE DE CONGADO E FOI IMEDIATAMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA EM OLÍANA, EM SEQUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, ONDE FORAM FEITOS TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ACIDENTE ACARRETOU EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NADA MAIS CUMPRE RELATAR.

## Assinatura do(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA  
 (VITIMA)

*Luan Francisco Chaves Silva*

B.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE MASCONE Matrícula: 10886203



Imprimível

*Concluído*

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 10 de Abril 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 153ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC  
DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0143000731

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

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

Fato ocorrido no endereço: LOT ESPERANÇA - PRÓXIMO AO COLEGIO TIMBÓ -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL. Próximo ao MUNICÍPIO DE CONDADO, 01 - Bairro: CENTRO -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
WALDEMIR RAMOS DA SILVA (OUTRO)  
LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES / Pai: FRANCISCO DE ASSIS SILVA / Data de Nascimento: 28/01/1996 / Nacionalidade: TIMORLESA / PERNAMBUCO / BRASIL. Documentos: 9947851 (SUPE / RG), 11958784400 (CPF) / Profissão: SERRALHEIRO  
Telefone Celular: 31999973793

Residência: RUA VEREADOR NITANIEL SIMÃO DA SILVA - CONDADO PERNAMBUCO BRASIL. Próximo a: 10  
MUNICÍPIO DE CONDADO, 34, LOT ESPERANÇA - CEP: 55000-200 - Bairro: CENTRO -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL

WALDEMIR RAMOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.  
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE CONDADO, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
CONDADO PERNAMBUCO BRASIL

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

file:///C:/Users/Policia%20Civil/infopol/BOEPreview.html

05.802.494/0001  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

08/07/2019

08/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 SL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): WALDEMIR RAMOS DA SILVA, que esteve em posse do(s) Sr(s):  
 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não  
 Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGL7762 (PERNAMBUCO/CONGADO) Registro: 885672251 Classe: 8C2HB0210DR644454  
 Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Construção: ALCOGASOL

## Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP PARA INFORMAR ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 13/04/2015, ENQUANTO CONDUZIA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA, QUANDO HOVEU UMA DISTRAÇÃO, DESERTEILISOU-SE E CAIU, A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DA CIDADE DE CONGADO E FOI IMEDIATAMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA EM OLÍANA, EM SEQUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, ONDE FORAM FEITOS TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ACIDENTE ACARRETOU EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NADA MAIS CUMPRE RELATAR.

## Assinatura do(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA  
 (VITIMA)

*Luan Francisco Chaves Silva*

B.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE MASCONE Matrícula: 10886203



Impressão

*Concluído*

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 10/04/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 119.587.944-06 Nome completo da vítima: Juan Francisco Chaves Silva

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: Recusou Endereço: Boa Esperança Número: 34 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Boa Esperança Cidade: Condado Estado: PE CEP: 55940-000  
E-mail: anorexia\_gaiama@gmail.com Tel (DDD): (81) 3626-3771

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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 ☐ 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\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (541)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 41344 5  
(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 invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica as 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, §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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 299 do Código Penal.

Local e Data: Condado-PE 09

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juan Francisco Chaves Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

05.802.454/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGURO

Assinatura

08/10/2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá assinar 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 dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo do presente preenchimento e assinatura.

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

BOA VISTA - CEP 50.060-010



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

HBC

Número do Registro: 2018/ET004938 Data e Hora de Atendimento: 13/04/2019 13:46 Pronto-socorro Local, Pronto-socorro Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Requerente:

54947 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Registro SUS:

708400226472465

Nascimento: 28/05/1996 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, 787

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

Modo de Transporte: Ambulância

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- ( ) Febre ( ) Vômito ( ) Dificuldade de respirar ( ) Tosse  
( ) Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tonturas ( ) Fraqueza ( ) Confusão  
( ) Fadiga ( ) Distúrbios visuais ( ) Parastesia e/ou Paralisia da parte do corpo  
( ) Dor Local: dor no braço esquerdo  
( ) Queixa urinária  
( ) Sangramento Local  
( ) Outras queixas: não consegue dormir pelo acidente de trânsito de trânsito

Encaminhamentos

- ( ) Clínica Geral  
( ) Pediatria  
( ) Cirurgia  
( ) Ortopedia  
( ) Serviço Social  
( ) Maternidade  
( ) Enfermagem  
( ) Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

Classificação:

Sinais Vitais

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

Exames Diagnósticos auxiliares

( ) Glicemia Capilar mg/dl

NOTIFICADO  
SUS - 2019-04-13

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

QUEIXA PRINCIPAL: VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA  
HA 5 HORAS. ACIDENTE POR COLISÃO  
E LIMITADA FUNCIONAL.

Exame Físico:

Peso: kg

NEGA VÔMITOS

ECG: 66, EVOLUÇÃO, NORMALIZADO ECG = 15

Hipótese diagnóstica / conduta

FRATURA COMITO-CONTUSO

Código de Atendimento:

CID 10

08/04/2019

0301060061-240

VITE

Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 B/C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
PECEP-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

BRADESCO00111201905000000000023701800000000041344253125 PAGO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-802  
CNPJ 10.835.922/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



Tarifa Social de Energia Eléctrica - Lei 10.438, de 28/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Dividendo 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

0-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

157-Linha Grátis de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b>  MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES  CPF: 056.582.674-38	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>26/06/2019</b>  <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>  <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 17/05/2019  <b>DATA DA ANUENCIAMENTO</b> 17/05/2019  <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 068397016	<b>CONTA CONTRATO</b> 007030478350  <b>Nº DO CLIENTE</b> 2001838723  <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0006690727
	<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>  LO BOA ESPERAN A 54  BOA ESPERANÇA/CONDADO 83940-000 CONDADO PE		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>  <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> <b>Monofásico</b>			
<b>RESERVADO AO FISCO</b>  B701.C964.22B7.EC36.EFBE.FA93.726D.378E			

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	88,00	0,74193678	64,31
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,30
Contrib. Ilum. Públicas Municip			4,83
ICMS Subvenção-CDE-NF 054879492-20/02/19			0,47
ICMS Subvenção-CDE-NF 058834580-17/04/19			0,33
Multa por atraso-NF 062368204 - 17/05/19			1,09
Juros por atraso-NF 062368204 - 17/05/19			0,17
Atualização IGPM-NF 062368204 - 17/05/19			0,06
TOTAL DA FATURA			71,55

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	88,00		kWh
JUN 19	80		
MAY 19	86		
ABR 19	91		
MAR 19	87		
FEV 19	80		
JAN 19	60		
DEZ 18	50		
NOV 18	88		
OUT 18			
SET 18			
AGO 18			
JUL 18			
JUN 18			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO								
	KG	%						
Geração de Energia	18,38	32,32						
Transmissão	1,76	3,90						
Distribuição (perda)	16,68	29,87						
Energias Alternativas	2,90	5,27						
Tributos	11,20	20,50						
Perdas de Energia	5,91	1,44						
TOTAL	44,87	100						

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
44,87	35,00	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		AP. USAR	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MÊS
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000010100100	CAT	17/06/2019	622,00	17/06/2019	662,00	21	1,00000	0,00	66,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/07/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFERIDO	MÉTA MENSAL	MÉTA TRIMESTRAL
99-0010				
DIC-Nº de horas sem Energia	CORDADO	3,00	11,00	33,00
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	7,00	16,00
DIQR-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DIQR-Duração de Interrupção em dia-útil				
Linha DIQR: 15,00				
EUD-Valor de Energia de Uso = R\$ 13,00				

Nota: Consultar o site setorial a respeito dos indicadores DIC, FIC, DIQR e DIQR1 em qualquer momento.

<p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.  Cotação ICMS sobre subestação CDE, conforme Decreto Estadual 20.459/13.  O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  Pagos em atraso gera multa 2% (Real/ANEEL), Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês.  O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p>	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>203</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEL DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	203	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEL DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	203	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007030478350	06/2019	0,00	25/05/2019	05.803.494/0001-41 Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este talão não serve quando em leitores ópticos.

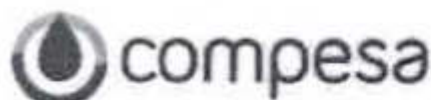
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

autocadentimento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES.D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCopernicoServlet?rediretore=trufca... 1/1

rgia.com/RFCConversationsServlet?ref

Boa Vista - CEP: 50.060-010

104-105-200



AVENIDA CRUZ CABUGA - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-900, Fone: (081) 0800 081 0185  
Inscrição Estadual: 16.1.001.0014358-7  
CNPJ: 09.769.035/0001-66  
Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 20190510399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

R DO CAXIAS, N. 00170 - CASA-0 - CENTRO GOIANA PE 55900-000

Inscrição: 062.430.755.0334.000

GRUPO: 13

OPÇÃO MENS. AUTOMÁTICO: 01039944.0

01039944.0

05/2019-7

LIGADO	POTENCIAL	PERÍODO	QUANTIDADE DE ANÁLISES	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
AL2F163548	07/05/2019	07/05/2019	1	07/06/2019	REAL /
ÁGUA					
LEIT. ANT.: 362	CONSUMO: 5	ESGOTO			
LEIT. ATUAL: 362		LEIT. ANT.: 0			VOLUME: 0
LEIT. FAT.: 362	Nº FASEDO	LEIT. ATUAL:			
		LEIT. FAT.: 0			
HISTÓRICO DE CONSUMO		MÊSES DE ANÁLISES			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PARA PORT.	ANÁLISES	ATENÇÃO A
			NR 2.014/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
04/2019	18/	TURBIDIDADE	50	50	50
05/2019	1/	COM. APARELHO	50	50	50
06/2019	1/	CLORO RESIDUAL	50	50	50
07/2019	1/	COLIFORMES TOTAIS	50	50	50
08/2019	1/	N. coli	50	50	50
09/2019	1/				
10/2019	1/				
11/2019	1/				
12/2019	1/				
01/2020	1/				
02/2020	1/				
03/2020	1/				
04/2020	1/				
05/2020	1/				
06/2020	1/				
07/2020	1/				
08/2020	1/				
09/2020	1/				
10/2020	1/				
11/2020	1/				
12/2020	1/				
01/2021	1/				
02/2021	1/				
03/2021	1/				
04/2021	1/				
05/2021	1/				
06/2021	1/				
07/2021	1/				
08/2021	1/				
09/2021	1/				
10/2021	1/				
11/2021	1/				
12/2021	1/				
01/2022	1/				
02/2022	1/				
03/2022	1/				
04/2022	1/				
05/2022	1/				
06/2022	1/				
07/2022	1/				
08/2022	1/				
09/2022	1/				
10/2022	1/				
11/2022	1/				
12/2022	1/				
01/2023	1/				
02/2023	1/				
03/2023	1/				
04/2023	1/				
05/2023	1/				
06/2023	1/				
07/2023	1/				
08/2023	1/				
09/2023	1/				
10/2023	1/				
11/2023	1/				
12/2023	1/				
01/2024	1/				
02/2024	1/				
03/2024	1/				
04/2024	1/				
05/2024	1/				
06/2024	1/				
07/2024	1/				
08/2024	1/				
09/2024	1/				
10/2024	1/				
11/2024	1/				
12/2024	1/				
01/2025	1/				
02/2025	1/				
03/2025	1/				
04/2025	1/				
05/2025	1/				
06/2025	1/				
07/2025	1/				
08/2025	1/				
09/2025	1/				
10/2025	1/				
11/2025	1/				
12/2025	1/				
01/2026	1/				
02/2026	1/				
03/2026	1/				
04/2026	1/				
05/2026	1/				
06/2026	1/				
07/2026	1/				
08/2026	1/				
09/2026	1/				
10/2026	1/				
11/2026	1/				
12/2026	1/				
01/2027	1/				
02/2027	1/				
03/2027	1/				
04/2027	1/				
05/2027	1/				
06/2027	1/				
07/2027	1/				
08/2027	1/				
09/2027	1/				
10/2027	1/				
11/2027	1/				
12/2027	1/				
01/2028	1/				
02/2028	1/				
03/2028	1/				
04/2028	1/				
05/2028	1/				
06/2028	1/				
07/2028	1/				
08/2028	1/				
09/2028	1/				
10/2028	1/				
11/2028	1/				
12/2028	1/				
01/2029	1/				
02/2029	1/				
03/2029	1/				
04/2029	1/				
05/2029	1/				
06/2029	1/				
07/2029	1/				
08/2029	1/				
09/2029	1/				
10/2029	1/				
11/2029	1/				
12/2029	1/				
01/2030	1/				
02/2030	1/				
03/2030	1/				
04/2030	1/				
05/2030	1/				
06/2030	1/				
07/2030	1/				
08/2030	1/				
09/2030	1/				
10/2030	1/				
11/2030	1/				
12/2030	1/				
01/2031	1/				
02/2031	1/				
03/2031	1/				
04/2031	1/				
05/2031	1/				
06/2031	1/				
07/2031	1/				
08/2031	1/				
09/2031	1/				
10/2031	1/				
11/2031	1/				
12/2031	1/				
01/2032	1/				
02/2032	1/				
03/2032	1/				
04/2032	1/				
05/2032	1/				
06/2032	1/				
07/2032	1/				
08/2032	1/				
09/2032	1/				
10/2032	1/				
11/2032	1/				
12/2032	1/				
01/2033	1/				
02/2033	1/				
03/2033	1/				
04/2033	1/				
05/2033	1/				
06/2033	1/				
07/2033	1/				
08/2033	1/				
09/2033	1/				
10/2033	1/				
11/2033	1/				
12/2033	1/				
01/2034	1/				
02/2034	1/				
03/2034	1/				
04/2034	1/				
05/2034	1/				
06/2034	1/				
07/2034	1/				
08/2034	1/				
09/2034	1/				
10/2034	1/				
11/2034	1/				
12/2034	1/				
01/2035	1/				
02/2035	1/				
03/2035	1/				
04/2035	1/				
05/2035	1/				
06/2035	1/				
07/2035	1/				
08/2035	1/				
09/2035	1/				
10/2035	1/				
11/2035	1/				
12/2035	1/				
01/2036	1/				
02/2036	1/				
03/2036	1/				
04/2036	1/				
05/2036	1/				
06/2036	1/				
07/2036	1/				
08/2036	1/				
09/2036	1/				
10/2036	1/				
11/2036	1/				
12/2036	1/				
01/2037	1/				
02/2037	1/				
03/2037	1/				
04/2037	1/				
05/2037	1/				
06/2037	1/				
07/2037	1/				
08/2037	1/				
09/2037	1/				
10/2037	1/				
11/2037	1/				
12/2037	1/				
01/2038	1/				
02/2038	1/				
03/2038	1/				
04/2038	1/				
05/2038	1/				
06/2038	1/				
07/2038	1/				
08/2038	1/				
09/2038	1/				
10/2038	1/				
11/2038	1/				
12/2038	1/				
01/2039	1/				
02/2039	1/				
03/2039	1/				
04/2039	1/				
05/2039	1/				
06/2039	1/				
07/2039	1/				
08/2039	1/				
09/2039	1/				
10/2039	1/				
11/2039	1/				
12/2039	1/				
01/2040	1/				
02/2040	1/				
03/2040	1/				
04/2040	1/				
05/2040	1/				
06/2040	1/				
07/2040	1/				
08/2040	1/				
09/2040	1/				
10/2040	1/				
11/2040	1/				
12/2040	1/				
01/2041	1/				
02/2041	1/				
03/2041	1/				
04/2041	1/				
05/2041	1/				
06/2041	1/				
07/2041	1/				
08/2041	1/				
09/2041	1/				
10/2041	1/				
11/2041	1/				
12/2041	1/				
01/2042	1/				
02/2042	1/				
03/2042	1/				
04/2042	1/				
05/2042	1/				
06/2042	1/				
07/2042	1/				
08/2042	1/				
09/2042	1/				
10/2042	1/				
11/2042	1/				
12/2042	1/				
01/2043	1/				
02/2043	1/				
03/2043	1/				
04/2043	1/				
05/2043	1/				
06/2043	1/				
07/2043	1/				
08/2043	1/				
09/2043	1/				
10/2043	1/				
11/2043	1/				
12/2043	1/				
01/2044	1/				
02/2044	1/				
03/2044	1/				
04/2044	1/				

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-021-91-85

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 João Guilherme Mangabara de Carvalho

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

João Francisco Chaves Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.587.944 06

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima João Francisco Chaves Silva

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 Duques de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arresserena.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: Goiana - PE 09.07.19

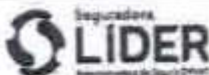
[Assinatura]

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

08/07/2019

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](http://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: 4020-1596 / 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 Condado, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Novo Condado, Quadra 27, Lote 18, nº 776,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Leuan Francisco Chaves Silva, cujo o condutor era  
Leuan Francisco Chaves Silva.  
Veículo: motocicleta Modelo: Honda Pop 100 Ano: 2019  
Placa: PEL 7762 Chassi: 9C2HB0210DR444454  
Data do Acidente: 13/04/19

Local e Data: Condado - 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 OFÍCIO ÚNICO  
Titular: LÍDIA ANDRADE DE ARAÚJO  
Telefone: (81) 2442-1034

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WALDEMIR RAMOS DA  
SILVA DOU PE, Condado, 23/05/2019 Em test. da  
verdade: Pauliana Maria Andrade  
Oliveira da Menezes - Substituta Empl. R\$ 3,48 TDM R\$  
0,80 FISC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08

Selo: 0077E36.EMB04201901.01094 23/05/2019 09:38:25  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

08/05/2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE



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

HBC

Forma de Registro: 2016/ET004935 Data e Hora de Atendimento: 13/04/2019 13:46 Prontuário Local, Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

54947 LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

Registro SUS:

708400226472455

Nascimento: 28/06/1996 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, 757

Bairro:

Cidade: CONDADO

Complemento: LOT NOVO CONDADO

Acompanhante: O MESMO

UF: PE Telefone: NT

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 ( ) Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo  
( ) Dor Local:  Joelho esquerdo   
( ) Queixa urinária  
( ) Sangramento, Local  
( ) Outras queixas:  não consegue dobrar perna   
 acidente de trânsito de manhã

Encaminhamentos

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

Classificação:

*Ass. Enfermagem*

Ass. Enfermagem

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Problemas cardíacos ( ) Asma Brônquica ( ) Alergias  
( ) Tuberculose ( ) Convulsão ( ) Tabagismo ( ) Enfisema ( ) Alcoolismo ( ) A.V.C  
Causa:  Refere ter tido desmaio após hora do   
 acidente   
( ) Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

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

Exames Diagnósticos auxiliares

( ) Glicemia Capilar mg/dl

NOTIFICADO  
1501-1000-2019/HBC

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Paciente vítima de acidente motociclista   
 na 5ª HANAS, BRATA TUBA JOE-10   
 e LIMITADA FUNCIONAL.

Exame Físico:

Peso: kg

NEGA SINTOMAS

SF: 650, EVANGELIO, NORMOCROMADO ECG-15

Hipótese diagnóstica / conduta

FRANGITO CONTO-CONTUSO

Código de Atendimento:

CID 10:

08 001 2019

0301060061-240

VILE

05.802.494/0001-15  
GERAÇÃO CORRETORA  
DE SEQUÊNCIA  
DE SEQUÊNCIA  
08 001 2019

**SUS**

# **Laudo para solicitação de autorização de internação**

## **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431569

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - Nome do Paciente	LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA			6 - Nº Prontuário	124754
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708400226472465	26/06/1996	M 1 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES			12 - Telefone de Contato	8198971714
13 - Nome Responsável	MARIA JOSE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA VERIADOR NATANAEL SIMIAO DA SILVA, 34 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
CONDADO	260480	PE	55940970		

## **LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
 REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISAO COM CERCA DE FAZENDA) HA 10 HORAS, EVOLUINDO E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO COM ESCORIAÇÃO LOCAL. NEGA COMORBIDADES OU

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	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821	V299	

## **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	0408050551		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016278437533
33 - Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo do Médico no Conselho	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	13/04/2019	DR. LUIZ ROBERTO DE SOUZA CRM-PE 2788 CRM-BA 33039	16339

## **PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - Tipo de Acidente	37 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Sane
38 - Tipo de Acidente	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## **AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
( ) CNS ( ) CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
	DR. Antonio Albuquerque Queiroz CRM-PE 16794 CRM-BA 14244

**AIH**  
**261910216295-2**

**AIH**  
**261910216296-3**

09/04/2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

Código do Laudo: 473392

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **473500**

Usuário: ANACOS

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA**  
Idade: 22a 9m 19d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 124754  
Profissão: C.P.F.: Escolaridade: Data de Nascimento: 26/06/1996  
R.G.: Telefone: CEP 55940970  
Endereço: RUA VERIADOR NATANAEL SIMIAO DA , 34 - CENTRO - CONDADO - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA  
Convênio: SUS - INTERNACAO  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-45  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

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

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/04/19 Hora da Alta: :  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: ESTÁVEL  
Diagnóstico Principal.....: FRATURA PUNTO TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Medicamento.....: AS PROSSIMOS DO PUNTO TIBIAL (E)

Luís Tereza Pires  
Osteodermatologista  
CRM-PE 21709

Médico e CRM:

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, anestésias, 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 \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41  
EXTRAÇÃO CORRETORA  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

# HOSPITAL MIGUEL ARRAES



## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A REDE DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_  
 ( ) Centro de Saúde \_\_\_\_\_  
 ( ) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA \_\_\_\_\_  
 Endereço: Silva Pereira de Saúde de Lencóia  
 Tipo de serviço: Atendimento médico - clínico - geral  
 Fone: 3042.1194  
 e Social: \_\_\_\_\_  
 e Data: 11/05/2010  
 Motivos: filho encaminhado para realização de cirurgia

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

Fabiana F. Almeida  
 Assistente Social  
 CRE 3172/09

Data: 22 de 04 de 10

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

08/10/2009

Rua da Aurora, Nº 175, 2º 902 BL C  
 Boa Vista - CEP 50.060-010  
 RECIFE-PE

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

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



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 LESAO DE PATELA ESQ+ ESCORRIACOES, INFORMA QUE NAO ESTAVA FAZENDO USO DE CAPACETE, (APRESENTANDO PERDA DE CONCIENCIA) NEGA EPISODIO DE EMESE, HAS-DM-ALERGIAS.

Exatidão:

PACIENTE ENCAMINHADO DO BELARMINO CORREIA COM SENHA:5661790

Exatidão sintoma:

TRAUMA

Exatidão (es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES  
- DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 8 HORAS  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

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

RECEBADO

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

Enfermeiro

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS ITDA

08/04/2019

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

Data Impressão: 13/04/2019 16:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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 VERADO NATANAEL SIM -

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 cerca de fazenda há 10h, resultando com dor e deformidade em joelho direito + ferimento. Nega comorbidades ou alergias.

Exame Físico

ECG, consciente, orientado, eufórico, afebril. Edema local de joelho direito; doloroso à manipulação local. Exorciação leve em tampa proximal anterior da perna. RX de joelho d: Fx de platô tibial direito

Hipótese Diagnóstica

Fx de platô tibial direito

Prescrição Médica

1. Internamento hospitalar

2. Solicito RX + TC de joelho esquerdo

3. Ziptona 1g + AD, IV, 6/6h

4. Cetorolona 100mg + 100ml SFO, 9%, IV 12/12h

5. Diclofenac 100mg + 250ml SFO, 9%, IV, 8/8h.

6. Consultar talia ortopedica após exames de imagem

Dr. Luiz Roberto Macedo Gomes  
CRM: 123456789  
Dr. Simone Brito

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido Para

( ) Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02.10.2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
11.61.12.44



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA REG:124754

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**LEITO:**

DATA/HORA	
13/4/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
13/04/19 20:00	PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (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
	Dr. Luis Rogério Mendes Gomes CRM 2786 CRM-BA 2025 + Dr. Bruno Brito
	Wagner
	JOTA
	la = fx platô tibia (B)
	Acidente sem danos do momento
	MZ @ - sem lesão de mobilização
	Obs: laboratório
	João Marcelo Bayer
	CRM 17123
	Moto
	05.802.494/0001-43

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

08 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. F  
Bairro - Jd. Santa Helena - CEP - 50.060-010

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA

REG: 124754

IDADE: 22A SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 13/04/19

DATA DA ALTA: 22/4/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA PLATÔ 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 PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

05.802.494/0001-11  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

09/05/2019  
Av. Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 53010-010  
PE-PE

Dr. Filipe Guedes  
Médico Responsável  
Ortopedia e Neurologia  
CRM-PR 602

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 15/04/2019

Hora.: 17:18

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

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

**Equipe Médica**

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

**Descrição**

Procedimento: 0408050551

Convênio: 001

Anestesia: 05

Cirurgião

Criação Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA PLATÔ TIBIAL JOELHO ESQUERDO SCHATZER V;  
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR EM JOELHO E;  
CIRURGIÃO: 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 DOH SOB ANESTESIA;
  2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE 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 FÊMUR DISTAL LATERAL E 02 EM TÍBIA MEDIAL DIAFISÁRIA
  5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
  6. CURATIVO SIMPLES
- ERFUSÃO SATISFATÓRIA EM EXTREMIDADE DO MIE;

Anexados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes  
Médico  
CRM-PE 27858 CRM-BA 33038

29 04 19

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

09 127 7179

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
31/05/2019

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 19/04/2019

Hora.: 18:02

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 55976	Sala : 0002	SALA 02
Paciente : 124764	LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA	Atendimento : 473500
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :
Leito : 65	ORTL-510-LEITO 001	Idade : 22 Anos
Dt. Início : 19/04/2019 17:00	Dt. Fim : 19/04/2019 18:40	
Cid Pré-Operatório : S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	
Cid Pós-Operatório :		

**Procedimentos**

Procedimento: 0406050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia:	

**Equipe Médica**

CIRURGIO	16663 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CIRURGIO	17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
ANESTESISTA	10566 JAMILE DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO

29 04 19

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQ TIPO VI DE SCHATZKER

INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE DO PLANALTO TIBIAL ESQ

OPERADOR: ITALO GALIZA

1º AUXILIAR: FAGNER ATHAYDE

2º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

INSTRUMENTADOR: PRISCILA

ANESTESISTA: JAMILE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RAQUIANESTESIA
  2. ASEPSIA + ANTISSEPÇÃO + ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIE
  3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
  4. INCISÃO PELA VIA PÓSTERO-MEDIAL, DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO; ORDAGEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO DA MESMA AUXILIADA POR INTENSIFICADOR DE IMAGENS.
  5. FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM FIO + FIXAÇÃO COM PLACA EM "L" ANTI-CISALHANTE DE 6 FUROS MAIS 3 PARAFUSOS CORTICAIS 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 6 FUROS COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E DOIS ESPONJOSOS DE ROSCA PARCIAL PROXIMAIS 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
- A.S.R.

**Sangue e Derivados:**

Qt. Solicitada

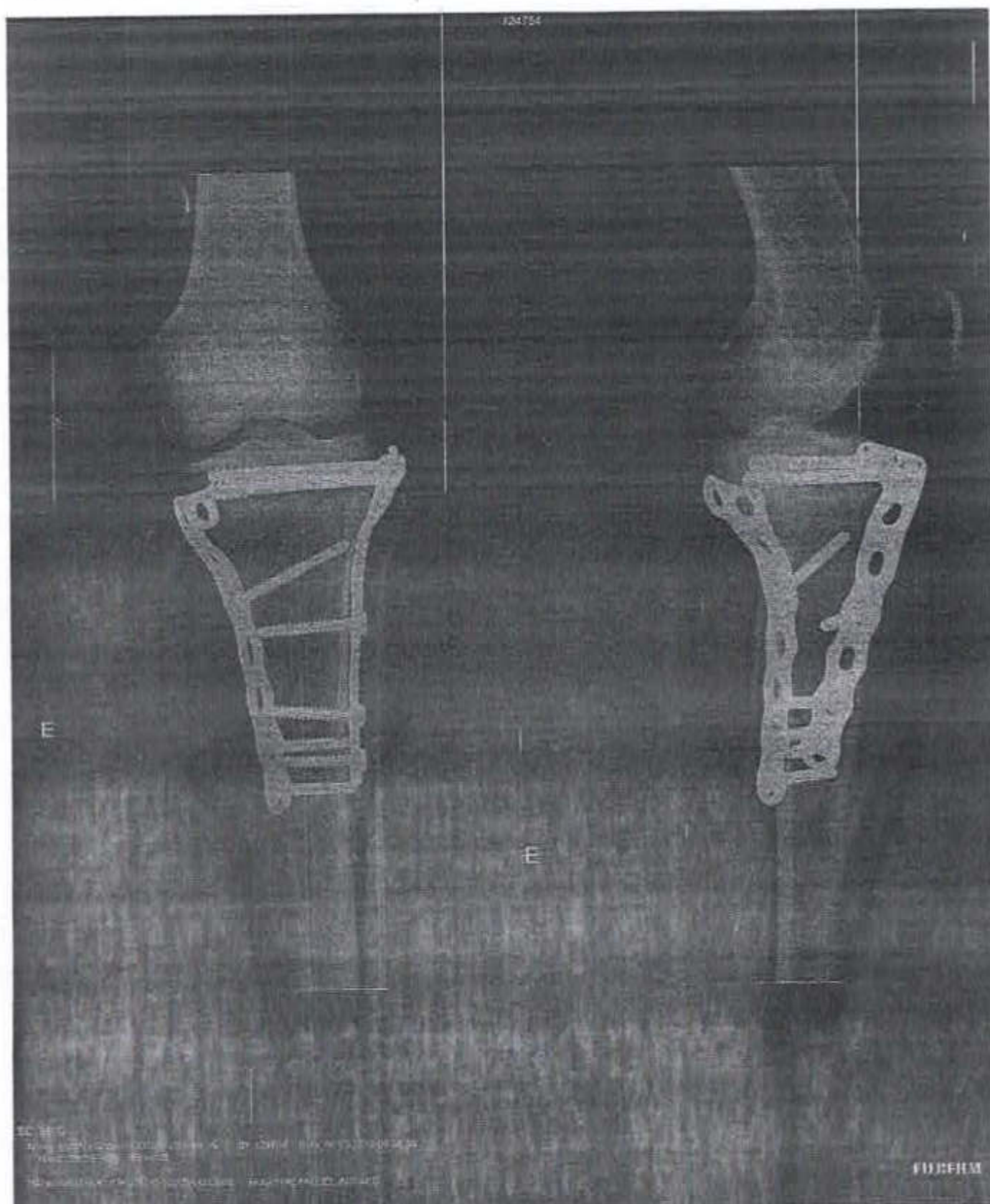
2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. 4  
Boa Vista - Fone: 0800-010101  
24/04/19



Servicos de Imagem:  
Raio X  
Tomografia  
Endoscopia  
Ultrassonografia  
Laparoscopia

05.6027  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

08 100 200

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. 2  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Estrada da Fazendinha 5/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
 PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hna.lmip.org.br

124754

D  
JOELHO ESQ

D  
JOELHO ESQ

DC 50 47  
Rua 13 de Maio, s/n - Centro - Recife - PE - 53.013-000 - Fone: 3181-9600  
Fax: 3181-9617  
E-mail: hma@imip.org.br

FILM

Serviço de Imagem  
Raio X  
Tomografia  
Ressonância  
Ultrassonografia  
Embaralograma

TRACÃO CORRIGIDO  
DE SEGUROS LTDA

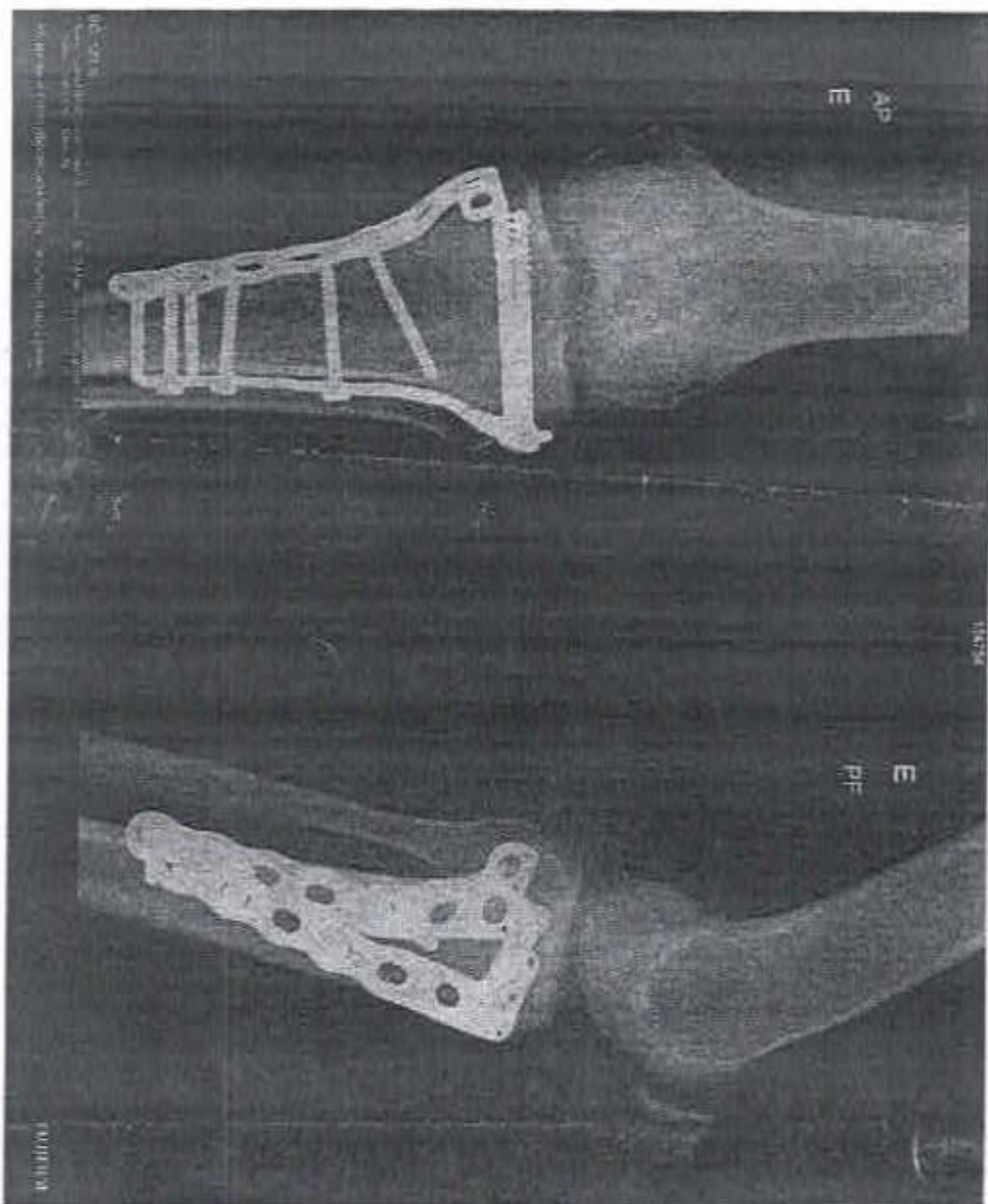
08/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE <b>13/04/2019</b>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO <b>15/04/2019</b>
NOME COMPLETO DA VITIMA <b>LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA</b>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE <b>Fratura do Rádio-ulnar Circundado exposto</b>	
DADOS RESUMO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): <b>1- Ht cirurgia. redução cirúrgica + Fixação externa De Ht cirurgia. Retorno de fratura Cirurgia + osteossíntese de Fixação intramedular (unite) S.S.P.C.</b>	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL 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 AFIETADO
<b>1. Membro Inferior ESQ ± 75%</b>
<b>2. Impotência funcional MIE</b>
<b>3. Cefaleia MIE.</b>

DATA DE AVALIAÇÃO <b>02/08/2019</b>	DATA DE AVALIAÇÃO <b>02/08/2019</b>
OBSERVAÇÃO: AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS	
LOCAL <b>Jaraguá</b>	DATA <b>02/08/2019</b>
ASSINATURA E IMPRESSÃO DO MÉDICO	

05.802.494/0001-11  
TRAÇÃO CORRIGIDA  
DE 02/08/2019

Dr. Luan

Rua da Aurora, 10175-56.931-11  
Bom Retiro - CEP: 50.000-000

RECET-PE

REPÚBLICA DE MATVADO BRASIL

ESTADO DE MATVADO 06R-17

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TRANSFERÊNCIA




*Luan Francisco Chaves Silva*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 9.917.851 DATA DE EMISSÃO 13/03/2014

NOME << LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA >>

PAIS << FRANCISCO DE ASSIS SILVA >>

<< MARIA JOSÉ DOS SANTOS CHAVES >>

NATURALIDADE TIMBAÚBA - PE DATA DE NASCIMENTO 26/06/1996

DOC. IDENT. << CN.16844 L.A14 F.155V CART. CONDADO-PE 10.08.1999 >>

CPF

F-59 99.170 -4413

**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 CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

08/10/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

00 107 709

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Roa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>		<b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>	
<b>DETRAN - PE</b>		<b>Nº 014357847598</b>	
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>			
1	585672261	2019	
<b>WALDEMIR RAMOS DA SILVA</b>			
<b>CONDADO-PE</b>			
024.104.604-03	PLACA	PEL7762	
9C2H50210DR44454	CHASSI		
<b>PAS MOTOCICLETA</b>			
2019	2019	2019	
<b>HONDA/POP100</b>			
2P/97CL	CATEGORIA	PRETA	
<b>SEM RESERVA</b>			
<b>CONDADO-PE</b>			
<b>Roberto Carlos Moreira Fontelles</b>			
<b>WIZTON SREXINTE NUTRAN/PE</b>			

<b>PE Nº 014357847598</b>		<b>SILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>WALDEMIR RAMOS DA SILVA</b>			
<b>ESTE É O SEU SILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VÍDEO AS COMPOSIÇÕES DE PREÇO DA COMENTARIA</b>			
<b>WWW.SEGURADOVIA.DETRAZ.COM.BR</b>			
<b>SAC DPVAT 0800 001 1534</b>			
<b>CONDADO-PE</b>		<b>2019 21/05/19</b>	
1	024.104.604-03	PLACA	PEL7762
585672261	HONDA/POP100		
2019	09	9C2H50210DR44454	
<b>PRÊMIO TAXIADO</b>			
36.05	4.01	40.06	
4.15	6.32	10.47	
<b>SEM RESERVA</b>		<b>25/04/19</b>	
<b>SEGURADORA LIDER - DPVAT</b>			
<b>DESTAQUE E GUARDE O SILHETE DPVAT. PIR NÃO P. NR PONTE ORIGINARIO</b>			

# 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 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.

**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 Esperança, 34  
Boa Esperança Boa Esperança 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

**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 do 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 ☒ (X) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Tiago Martins Formiga**

CPF - 051.447.734-27

CRM/PB - 8085

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

## 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/PE CPF: 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 DO OFÍCIO ÚNICO  
Título: LITIGIA ANTE O JUIZ DE PAZ  
Telefone: (81) 3842-1226

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUAN FRANCISCO  
CHAVES SILVA DOZ F2. Condado 22/05/2019 Em test.  
da verdade Pellyana  
Marta Andrade Oliveira de Menezes - Substituta Enol. R\$  
3,43 TMR R\$ 0,00 FENC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FVM  
Selo: 0577636.AJC04201901.01067 22/05/2019 14:59:12  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/sistema digital](http://www.tjpe.jus.br/sistema digital)



05/02.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

09/05/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RJCTF-14

## 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/PE CPF: 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 DO OFÍCIO ÚNICO  
Título: ATIVIDADE ANTERIOR DE SERVIÇO  
Telefone: (81) 3662-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUAN FRANCISCO  
CHAVES SILVA DOU PE. Condado 22/05/2019 Em test.  
da verdade da verdade Sollyana  
Marta Andrade Oliveira da Menezes - Substituta Empl. PE  
3,43 TMM R\$ 0,80 FPM R\$ 0,40 FPM R\$ 0,04 FPM

Sele: 0077636.A3C04201901.01067 22/05/2019 14:59:12  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



# 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](http://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 Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

\_\_\_\_\_  
Steffany Carolyn 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 AUXÍLIO 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?**

[ ☒ ] 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 [ ☒ ] 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 às 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 - CRO-PE 24411  
TERT 14030



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB