



Número: **0063481-02.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------------|--------------------|--|--------------------|
| LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (AUTOR) | | VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO) | |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 72178 416 | 07/12/2020 17:42 | Recibo de Apresentação de Documentos | Outros (Documento) |



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

Pag. 01709/01710 - carta_03 - INVALIDEZ

00040855



Carta nº 14967618





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

Carta nº 14969532

Pag. 00553/00554 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Pag. 00977/00978 - carta_02 - INVALIDEZ

00290489



Carta nº 15010458





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, 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.

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 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: Cost. Terpenanca Número: 34 Complemento: _____

Bairro: boa Terpenanca Cidade: Condado Estado: PE CEP: 55940-000

E-mail: arzenaria.gaiara@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\$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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1900 7 CONTA: 41344 5

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 (assinalar 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 do 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) 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 pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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 Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: 05.802.454/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS

Assinatura

08/10/2019

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo. Assinatura e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGADIA DE POLICIA DA 153ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/4/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **LOT ESPERANÇA - PRÓXIMO AO COLEGIO TIMÓ - 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)
WALDEMI RAMOS DA SILVA (OUTRO)
LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado no gerado 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 PAZ FRANCISCO DE ASSIS SILVA** Data de Nascimento: 28/07/1996 Nacionalidade: **TINHAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentar: 6817851-5037PE (RG), 11958784400 (CPF) Profissão: **SERRALHEIRO**
Telefonia Celular: 31029973793

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

WALDEMI RAMOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CONDADO, - CEP: 55000-200 - Bairro: CENTRO - CONDADO PERNAMBUCO, BRASIL**

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

<file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infopol/cun/RUEPreview.html>

05.802.494/0001
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 159 7019

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): WALDEMAR RAMOS DA SILVA, que estava 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: POL7762 (PERUAMBUCO/CONDADO) Referência: 825672264 Chave: 622HB0210DR444454
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCOOL/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP PARA INFORMAR ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 13/04/2016, ENQUANTO CONDUZIA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA, QUANDO HOVEU UMA DISTRAÇÃO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU. A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DA CIDADE DE CONDADO E FOI IMEDIATAMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA EM ODIANA, EM SEQUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, ONDE FORAM FEITOS TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ACIDENTE ACABRETOU EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NADA MAIS CUMPRE RELATAR.

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA X Luan Francisco Chaves Silva (VITIMA)

B.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE VASCONCELOS



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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGADIA DE POLICIA DA 153ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DPS3ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 13/4/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **LOT ESPERANÇA - PRÓXIMO AO COLEGIO TIMÓ - 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)
WALDEMI RAMOS DA SILVA (OUTRO)
LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado no gerado da ocorrência), que estava em posse do(s) 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 PAZ FRANCISCO DE ASSIS SILVA** Data de Nascimento: 28/07/1996 Nacionalidade: **TINHAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 5817851503PE (RG), 11958784400 (CPF) Profissão: **SERRALHEIRO**
Telefones Celular(es): 31029573793

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

WALDEMI RAMOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE CONDADO, - CEP: 55000-200 - Bairro: CENTRO - CONDADO PERNAMBUCO, BRASIL**

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

<file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infopol/cun/RUEPreview.html>

05.802.494/0001
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 159 7019

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): WALDEMAR RAMOS DA SILVA, que estava 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: POL7762 (PERUAMBUCO/CONDADO) Referência: 825672264 Chave: 622HB0210DR444454
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCOOLGASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP PARA INFORMAR ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 13/04/2019, ENQUANTO CONDUZIA MOTOCICLETA JÁ QUALIFICADA, QUANDO HOVEU UMA DISTRAÇÃO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU. A VITIMA FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DA CIDADE DE CONDADO E FOI IMEDIATAMENTE ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL BELARINO CORREIA EM ODIANA, EM SEGUNDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL NIGUEL ARRAS, ONDE FORAM FEITOS TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ACIDENTE ACABRETOU EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NADA MAIS CUMPRE RELATAR.

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

LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA X Luan Francisco Chaves Silva (VITIMA)

B.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE VASCONCELOS



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10/04/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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: Cost. Terapanca Número: 34 Complemento: _____

Bairro: boa Terapanca Cidade: Condado Estado: PE CEP: 55940-000

E-mail: arzenaria.gaiara@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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todas as opções)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1900 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 (assinalar 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 do 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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) 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 pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Fallecidos: _____

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

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS

Assinatura

08/10/2019

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, assinando o presente formulário e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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

BRADESCO0111201905000000000023701800000000041344253125 PAGO



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.923/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0095943-93


CELPE
 www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| DADOS DO CLIENTE MARIA JOSE DOS SAITOS CHAVES CPF: 086.582.674-38 | DATA DE VENCIMENTO 26/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/06/2019 DATA DA ANTERIORITAÇÃO 17/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 066307015 | CONTA CONTRATO 007030478350 Nº DO CLIENTE 2007426723 Nº DA INSTALAÇÃO 0006990727 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO BOA ESPERAN A 94 BOA ESPERANÇA/CONDADO 52940-000 CONDADO PE | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico | | |
| RESERVADO AO FISCO B701.C964.22B7.EC38.EFBE.FA93.726D.378E | | | |

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 site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|---|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo(KWh) | 88,00 | 0,74192478 | 44,91 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,96 |
| Contrib. (Iten. Públicas Municipais) | | | 4,82 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 064478492-20/02/18 | | | 6,47 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 064434680-17/04/18 | | | 6,33 |
| Multa por atraso-NF 062388204 - 17/05/18 | | | 1,08 |
| Juros por atraso-NF 062388204 - 17/05/18 | | | 0,17 |
| Atualização IGP-M-NF 062388204 - 17/05/18 | | | 0,06 |
| TOTAL DA FATURA | | | 61,66 |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | | | | |
|-------------------------|-------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| ICMS | | PIB | | COPISB | |
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 44,87 | 25,00 | 11,31 | 44,87 | 0,17 | 0,07 |
| | | | | | 0,07 |
| | | | | | 0,35 |

Terças Aplicadas

| Consumo Ativo(KWh) | Valor |
|--------------------|-----------|
| Consumo Ativo(KWh) | 88,000000 |

HISTÓRICO DO CONSUMO

| Mês | Consumo (KWh) |
|--------|---------------|
| JUN 18 | 88,00 |
| MAY 18 | 86,00 |
| ABR 18 | 81,00 |
| MAR 18 | 87,00 |
| FEV 18 | 82,00 |
| JAN 18 | 80,00 |
| DEZ 18 | 84,00 |
| NOV 18 | 86,00 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| Descrição | Valor | % |
|----------------------|--------------|------------|
| Geração de Energia | 16,38 | 26,56 |
| Transmissão | 1,79 | 2,90 |
| Distribuição (Redes) | 16,68 | 26,87 |
| Energia Atenuada | 0,80 | 1,29 |
| Tributos | 11,20 | 17,99 |
| Perdas de Energia | 5,31 | 8,61 |
| TOTAL | 44,87 | 100 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|--|----------------|----------|--------|----------|-----------|--------|-------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA PUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | MP | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
| 0000001810108 | CAT | 13009019 | 625,00 | 13009019 | 466,36 | 0 | 1,9963 |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/07/2019 | | | | | | | |

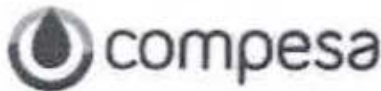
| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES | | | | | | |
|--|----------|---------------|--------------|------------------|-------------|--|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR AFIRADO | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIMESTRAL | MÉDIA ANUAL | |
| 06-2019 | | | | | | |
| DIC-No de horas sem Energia | CONDADO | 3,00 | 11,67 | 35,00 | 43,00 | |
| PIE-No de vezes sem Energia | | 0,00 | 0,00 | 16,00 | 0,00 | |
| DIPI-Consumo máximo de interrupção instantânea | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| Linha DICI: 16,00 | | | | | | |
| DICI-Descrição de interrupção em 60 segundos | | | | | | |
| DICI-Valor de Energia de Uso e R\$ 12,00 | | | | | | |

| <p>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</p> <p>Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 20.489/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagam. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próc. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os períodos de atendimento comercial.</p> | <p style="text-align: center;">NÍVEL DE TENSÃO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <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>202</td> <td>231</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</p> | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 |
|--|---|-------------------|-----------------------|--|--------|--------|-----|-----|-----|
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | | | | | | | |
| | MÍNIMO | MÁXIMO | | | | | | | |
| 220 | 202 | 231 | | | | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| CONTA CONTRATO 007030478350 | MÊS/ANO 06/2019 | TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00 | VENCIMENTO 25/06/2019 | <p style="font-size: small;">05.802.484/0001-41</p> <p style="font-size: small;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p style="font-size: small;">Este cartão será usado em leitores óticos.</p> |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---|

FATURA PAGA AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1383 - SANTO AMARO RECIFE PE
 CEP: 50040-005, Fone: (081) 0800 081 0185
 Inscrição Estadual: 16.1.001.0014158-7
 CNPJ: 09.769.039/0001-64
 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190510399440 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELICIO DA COSTA LEITE NETO
 R DO CAXIAS, N. 00170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000
 INSCRIÇÃO: 062.430.765.0114.000 GRUPO: 13
 Matrícula: 01039944.0 05/2019-7
 opção msn. automático: 01039944.0

PERÍODO DE FATORIAÇÃO: 01/05/2019 A 31/05/2019

| CONDIÇÃO DE LIGADO | POTENCIAL | PERÍODO DE FATORIAÇÃO | PERÍODO DE ATIVAÇÃO | TÍTULO DE FATORIAÇÃO |
|--------------------|------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| 127163548 | 07/05/2019 | 07/05/2019 | 07/05/2019 | REAL / |

Água
 LEIT. ANT.: 362 CONSUMO: 5
 LEIT. ATUAL: 363
 LEIT. FAT.: 362
 DE PARADO
 ESGOTO
 LEIT. ANT.:
 LEIT. ATUAL:
 LEIT. FAT.:
 VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO
 MENSAL/CONSUMO

| DATA | CONSUMO |
|---------|---------|
| 04/2019 | 18/ |
| 03/2019 | 17/ |
| 02/2019 | 17/ |
| 01/2019 | 17/ |
| 12/2018 | 8/ |
| 11/2018 | 17/ |
| MÉDIA | 8/ 0 |

| PARÂMETROS | NÚMEROS DE ANÁLISES | | |
|-------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|
| | EXIG. PELA PORT. Nº 2.014/11 | ANÁLISES REALIZADAS | ACORDEN A LEGISLAÇÃO |
| TURBIDEX | 58 | 58 | 58 |
| COM APARENTE | 58 | 58 | 58 |
| CLORO RESIDUAL | 58 | 58 | 58 |
| COLIFORMES TOTAIS | 58 | 58 | 58 |
| E. coli | 58 | 58 | 58 |

OBSERVAÇÕES: (1) CONSUMOS TOTAIS RESUMIDA EM 998 DAS ANÁLISES EXEMINADAS.
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICAMENTE COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DE ÁGUA.
 (3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDEX SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS | CONSUMO POR FAIXA | VALOR R\$ |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|
| ÁGUA | | |
| COMERCIAL 001 UNIDADE | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 3 M3 | 60,75 |
| PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 3/5 | | 27,13 |
| MULTA P/IMPUNTUALIDADE 03/2019 | | 1,75 |
| SUB-TOTAL | | 89,63 |
| ISS | 60,75 | 1,45 |
| COPIME | 60,75 | 7,80 |
| | | 1,38 |
| | | 4,62 |

VALIDADEZ: 20/07/2019 TOTAL A PAGAR: 89,63

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 87,56. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

EMISSÃO GOV: INTERNET EMISSÃO BR: 05/06/2019

ATENDIMENTO: 0800-0810185
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

0800-2813844

Matrícula: 01039944.0 05/2019-7

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

TOTAL A PAGAR: 89,63

VIA COMPESA

CÓDIGO DE BARRAS: 82820000000-5 89630018052-0 01039944001-9 05201970003-5

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: 4000-1596 / 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Guilherme Mangabera 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>arrozaria.goiana@gmail.com</u> | CEP: <u>55900-000</u> | Tel.(DDD): |

Local e Data: Goiana - PE 09.07.19

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-11
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

08/07/2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-011
 RECIFE-PE

DLDR001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.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: 4020-1598 / 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) Boo 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
Luana Francisco Chaves Silva, cujo o condutor era
Luana 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: ESTÍCIA AMORIM DE ARAÚJO
 Inscrição: OUI - 2642-1024

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WALDEMIRO RAMOS DA SILVA DOU PE, Condado, 23/05/2019 Em teste da verdade. Luana Francisco Chaves Silva Mãe: Andrade Oliveira da Moraes Identidade Esol. R\$ 3,48 TIGER R\$ 0,80 FISC R\$ 0,40 FERN R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08

Selo: 6077634.E8E04201501.61094 23/05/2019 09:38:25
 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seloDigital



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 01/05/2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E
 Boa Vista - CEP-50.060-010
 RECIFE-PE





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

HBC

Número do Registro: 2019/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: **LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA** | Registro SUS: 708400226472465
 Nascimento: 28/06/1996 | Idade: 22 | Sexo: Masculino | Cor: Não Informado
 Estado Civil: Não Informado | Profissão: | Naturalidade: TIMBAL/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 Parêstese e/ou Paralisia de parte do corpo
 Dor Local: dois braços esquerdos
 Queixas urinárias
 Sangramento. Local
 Outras queixas: nao consegue dothar nem acidente de moto de manha

Encaminhamentos:
 Clínico Geral
 Pediatria
 Cirurgião
 Ortopedista
 Serviço Social
 Maternidade
 Enfermagem
 Outros:

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos: NAS O DMO AL
 Hipertensão Diabetes Problemas cardíacos Asma Bronquite Alergias
 Tuberculose Convulsão Tabagismo Enfisema Alcoolismo A.V.C
 Outros: Refere ter tido desmaio após hora do acidente
 Uso de medicamentos:

Sinais Vitais:
 PA: 124 x 66 mmHg Tm: _____ °C Pm: 92 bpm F.R.m: _____

Exames Diagnósticos auxiliares:
 Glicemia Capilar _____ mg/dl

NOTIFICADO
 SECRETARIA DE SAÚDE
 HOSPITAL BELARMINO CORREIA

[Assinatura]
 Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA):
PRIMEIRA ÚLTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTA
 NA 5 HORAS. LESÃO TÓRAX E JOELHOS
 E LIMITADA FUNCIONAL.

Exame Físico: Peso: _____ kg
NEGA TUMORES
SA: 660, EVENBUO, NORMALIZADO ECG-15

Hipótese diagnóstica / conduta:
FRAMBO COMTO-CONTUSO

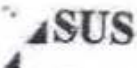
05.802.494/0001-45
 BRACÃO DIRETORIA
 DE SEGURANÇA
 08/04/2019

Código de Atendimento: | CID 10: 08

0301060061-240 VITE

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





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------|---------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES AT: 473500 | 2 - CNES | 8431669 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES | 6431569 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------|--|----------|---------------|--------------------------|--------|
| 5 - Nome do Paciente | LUAN FRANCISCO CHAVES SILVA | | | 6 - Nº Promitório | 124764 |
| 7 - Cartão Nacional do SUS | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia | |
| 708400226472465 | 26/06/1996 | X 1 3 | 03 - Parda | 0000 - Não Se Aplica | |
| 11 - Nome da Mãe | MARIA JOSE DOS SANTOS CHAVES | | | 12 - Telefone de Contato | |
| 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 | 18 - CEP | | |
| CONDADO | 260480 | PE | 55940970 | | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO 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 | 040805051 |

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|---|
| 29 - Especialidade | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA | 2 | (X) CNS () CPF | 980016278437533 |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | | 34 - Data de Solicitação | 35 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho |
| SORMANE DE CARVALHO BRITTO | | 12/04/2019 | 16339 |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|--|--------------------------------|---------------------|-----------|
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete | 41 - Sane |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | 42 - CNPJ Empresa | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajetado | 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 de Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) |

AIH
261910216295-2

AIH
261910216296-3

Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
 Grupadora Traumatologia
 CRM-PE 15794-1/2017
 TRANSMISSORA DE SEGUROS

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

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: Escolaridade: Data de Nascimento: 26/06/1996
 R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 55940970
 Endereço: RUA VERIADOR NATANAEL SIMIAO DA , 34 - CENTRO - CONDADO - PE

Dados da Internação
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 14/04/2019 16:22
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-45
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 20/04/19 Hora da Alta: _____
 Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Débito Evasão
 Condições de Alta: ESTÁVEL
 Diagnóstico Principal.....: FRATURA PUNTO TIBIAL ESQUERDO
 Diagnóstico Secundário01.: _____
 Diagnóstico Secundário02.: _____
 Tratamento.....: PROSSIMOS DO PUNTO TIBIAL (B)
 Luís Tereza Pires
 Ortopedista
 CRP-PE 21709
 Médico e CRM: _____
Luís E. Chaves Silva
 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
 ADMINISTRAÇÃO CORRETORA
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável
 08/04/2019

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



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA A REDE DE SAÚDE

Centro de Saúde
 Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA
 x Serviço: Serviço de Saúde de Convênio
 Nome do serviço: Av. Major Antônio Carlos - Centro - Belo Horizonte
 Fone: 3042.1194
 Endereço: Av. Major Antônio Carlos - Centro - Belo Horizonte
 Observações: Atividade para realização de simulação

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

Esbôdo E. Amorim
 Assistente Social
 CRE 37 PL

Data: 09 de 04 de 19

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

08/10/19
 Rua da Aurora, 109/175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RFR/RT-DF





HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo


PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

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- |
| Referência: | PACIENTE ENCAMINHADO DO BELARMINO CORREIA COM SENHA:5661790 |
| Exatograma sintoma: | TRAUMA |
| Crônico/Agudo: | - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES - DOR LEVE (1-3/10) - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS |
| Especialidade: | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA |
| Sinais Vitais Lidos: | - FREQUENCIA CARDIACA: 106.00 BPM - SATURACÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 % |

REVISADO

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

Irys Felipe da Silva
Enfermeiro

05.802.494/0001-43
TRACÃO 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



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 VEREADO NATANAEL SILVA - 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 fazenda há 10h, evoluindo com dor e deformidade em joelho direito + firmimento. Nega comorbidades ou alergias.

Exame Físico

ECG, consciente, orientado, hidratado e afebril. Edema local de joelho direito; doloroso à manipulação local; insensação firme em traço proximal anterior da perna D. 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) Diprospan 1g + Ad, IV, 6/6h
- 4) Clonazepam 100mg + 100ml SF 0,9%, IV 12/12h
- 5) Tramadol 100mg + 250ml SF 0,9%, IV, 8/8h.
- 6) Compressas de tala ortopedica após exames de imagem

Dr. Luiz Rogério Macedo Travençolo
 CRM: 123456
 Dr. Simone Brito

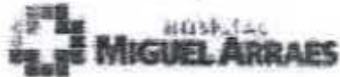
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência
 () Transferido: Para
 () Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41
 TRACAO COBERTORA
 DE SEGUROS LTDA
 09/04/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 11.71.12.44





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: WAN FRANCISCO REG: _____

CLÍNICA: OPROD ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

| DATA/HORA | |
|-----------|---|
| 21/04/19 | OPROD |
| | Paciente com paroxismos importantes por fôno ofiçioso do dano. |
| | acompanhamento sobre os processos de cuidado com ênfase nos |
| | CD: ① SUSP clonazepam |
| | ② HT/Hb |
| | ③ Traçar o cuidado e observações |
| | <i>Dr. Ivan Guedes</i> RECIFE |
| 22/04/19 | Para EP: Resop. RFT com ch... Paciente evoluindo com paroxismos do sistema urinário. |
| 11:00 | Resop. Fôno. Mais consistentes hospitalar |
| | CD: ① RFT hospitalar com retorno Ambulatorial em 15 dias |
| | ② Orientar com... de med. 2) |

05.802.34/0001-41
 TRACÃO CORRETORES
 DE SEGURANÇA
 07/04/2019
 Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

Dr. Felipe Guedes
 Médico Especialista
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 6033
 F.D. Francisco



Ficha de Cirurgia Descritiva

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

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

Atendimento : 473500
Carteira :
Idade : 22 Anos

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050551

Convênio: 001
Anestesia: 05

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

Equipe Médica

CIRURGIÃO

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

Descrição

crição 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 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 FÊMUR DISTAL LATERAL E 02 EM TÍBIA MEDIAL DIAFISÁRIA
 5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
 6. CURATIVO SIMPLES
- ERFUSÃO SATISFATÓRIA EM EXTREMIDADE DO MIE;

Anchos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27698 CON-BA 33038

29 04 19

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, 54 902 BC
Boa Vista - CEP: 50.060-010

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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 : 85 | 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 | 16883 | FAGNER FONSECA DE ATHAYDE | 29 04 19 |
| CIRURGIO | 17186 | ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA | |
| ANESTESISTA | 10586 | JAMILE DE CASTRO ALVES NEPOMUCENO | |

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQ TIPO VI DE SCHATZKER
 INTERVENÇÃO: OSTEOSSINTESE 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. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 INCISÃO PELA VIA PÓSTERO-MEDIAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO;
 ORDEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO DA MESMA AUXILIADA POR INTENSIFICADOR DE IMAGENS.
4. FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM FIO + FIXAÇÃO COM PLACA EM "L" ANTI-CISALHANTE DE 8 FUROS MAIS 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS.
5. INCISÃO ANTERO-LATERAL COM DIVULSÃO POR PLANOS E REDUÇÃO CRUENTA DE FRAGMENTO LATERAL DA FRATURA AUXILIADO POR INTENSIFICADOR DE IMAGENS
6. POSICIONAMENTO DE PLACA EM "L" DE 8 FUROS COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E DOIS ESPONJOSOS DE ROSC PARCIAL PROXIMAIS AO FOCO FRATURÁRIO
7. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML
8. APLICADO DRENO ASPIRATIVO NÚMERO 4,8 EM F.O. MEDIAL
9. RETIRADA DE GARROTE, REVISÃO DE HEMOSTASIA
10. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 2-0 E DA PELE COM NYLON 3-0
11. CURATIVO
12. PERFUSÃO E PULSOS DISTAIS PRESERVADOS
13. A S.R.

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

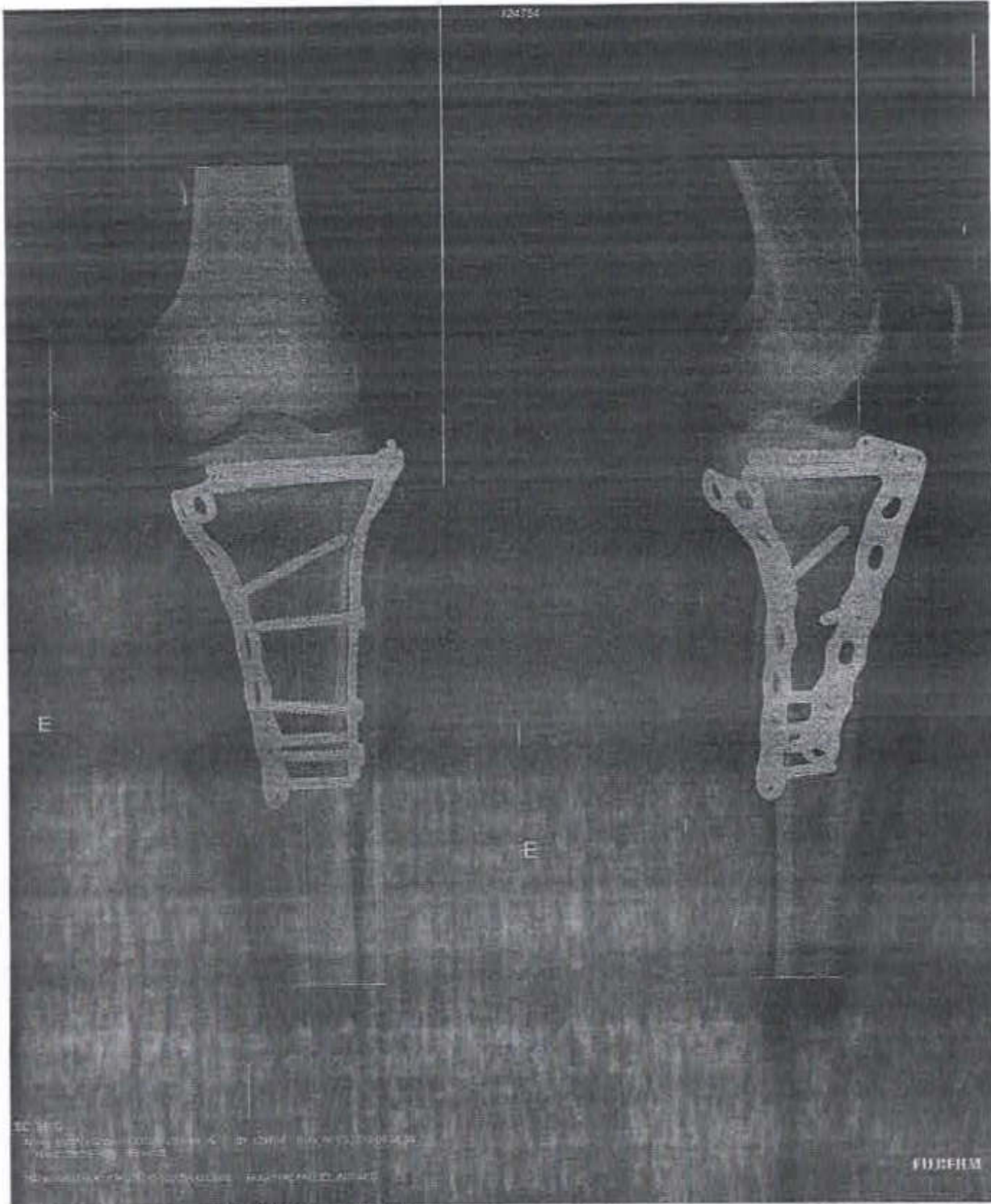
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175 - S. 902 Bl. C
 Boa Vista - Natal - RN - 59000-000

(Handwritten signature and date)
 24/20






Serviços de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma

05.802
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E.
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



125704

D
JOELHO ESQ

D
JOELHO ESQ



EC 50 4
Rua: 125704 - J. Miguel Arraes - 53413-000 - Jaguaribe - PE
FONE: (51) 3181-9600 - FAX: (51) 3181-9617
HOSPITAL MIGUEL ARRAES - HMA - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES


FILMIFILM

Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ematologia

OSWALDO
TRAÇÃO CORRETA
DE SEGUROS LTDA

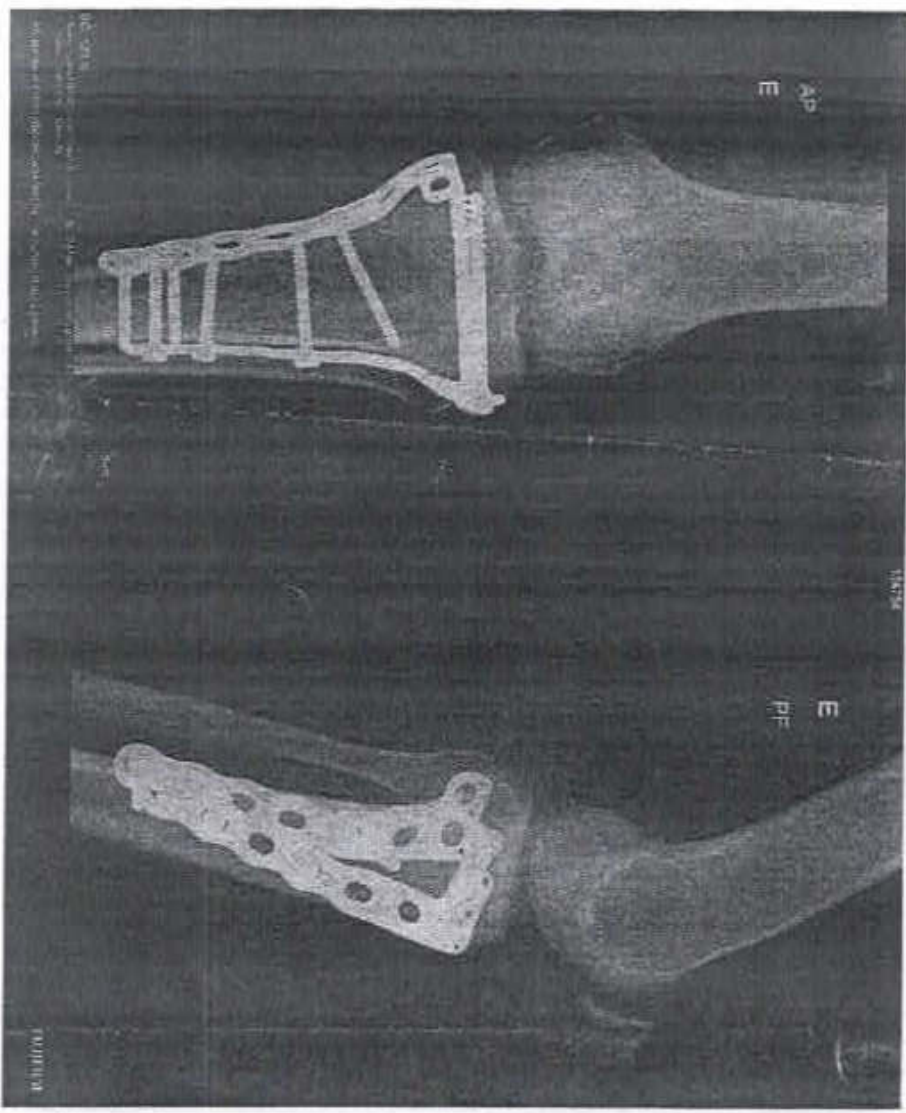
08/10/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

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

 hma.imp.org.br



Serviço de Imagem:
Ruído: X
Tecnologia
Endossial
Ultrassonografia
Ecomodigrafia



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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
08/10/2019
Rua da Aurora, 1175, 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 13/04/2019 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 13/04/2019 |
| NOME COMPLETO DA VÍTIMA LUAN FRANCISCO CAVALOS SILVA | |
| LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE FRATURA DO PUNTO-TIBIAL C/OURO EXPÓSITO | |
| DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): 1- Hc curativo. redução cirúrgica + Fixação externa 2- Hc curativo. Retirada de fixador externo + osteossíntese e fisioterapia 26 (vinte) sessões | |
| 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 DESCRIVER: | |
| 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 AFETADO |
|-------------------------------------|
| 1º membro inferior ESQ ± 75% |
| 2º Impotência funcional MIE |
| 3º Cefaléia MIE. |
| |
| |

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO DA VÍTIMA NO PERÍODO DE 60 DIAS ANTERIORES À DATA DA AVALIAÇÃO, ASSINADA EM DUPLAS CÓPIAS VERDADEIRAS

02/08/2019 **02/08/2019**

LOCAL **Joiás** DATA **02/08/2019** ATENÇÃO: O MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO DEVE ASSINAR EM DUPLAS CÓPIAS VERDADEIRAS

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRIGIDA
 DE SÓCIEDADE LÍQUIDA
 DT 15/07/19
 Rua da Aurora, nº 175, SL 931
 São Vito, CEP: 50.000-000
 RR787-PE

[Handwritten signature]





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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

08/10/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSCRIÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **LOA WILSON DE MENEZES DE CASTILHO**

SEXO: **MASCULINO**
 RAÇA: **BRANCO**

CPF: **027.848.114-05**
 DATA DE NASCIMENTO: **22/11/1995**

PROFISSÃO: **MARCHE ANTONIO ALBUQUERQUE DE SA CASTILHO**
DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSCRIÇÃO

INSCRIÇÃO Nº: **02784811405**
 VALIDADE: **09/01/2020** a **18/03/2010**

ASSINADO: *[Assinatura]*

LOCAL: **PARLERS - DE**
 DATA: **12/01/2019**

144880288
 000411648

1019700386

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 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
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

08 107 709
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 014357847598
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 585672261 2019
 WALDEMIR RAMOS DA SILVA

CONDADO-PE
 024.104.604-03 PGL7762
 9C2H50210DR44454 GASOLINA

PAR MOTOCICLETA
 HONDA/POP100 2013 2013
 2P/97CL PARTIC PRETA

1 IRVA 2019 QUITADO
 80.11 0.32 64.59 25/04/19

SEM RESERVA

CONDADO-PE
 Roberto Carlos Mota
 21/05/19

PE Nº 014357847598 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 WALDEMIR RAMOS DA SILVA

BETA É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA SUAS INFORMAÇÕES, LIGUE NO NÚMERO
 AS COMARCAS QUE SE ENCONTRAM

CONDADO-PE
 024.104.604-03 PGL7762
 585672261 HONDA/POP100
 2013 09 9C2H50210DR44454

PREMIOS TARIFÁRIO
 26.06 4.01 40.06
 4.15 6.32 84.58

CONDADO-PE
 25/04/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT.
 F.R. NAC. P. DE PORTO CRISTÓFORO

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, APOS 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 APOS 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 MÚSCULATURA 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 MÚSCULATURA 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela 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 (Seqüela):

JOELHO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085

Tiago Martins Formiga

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, 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:

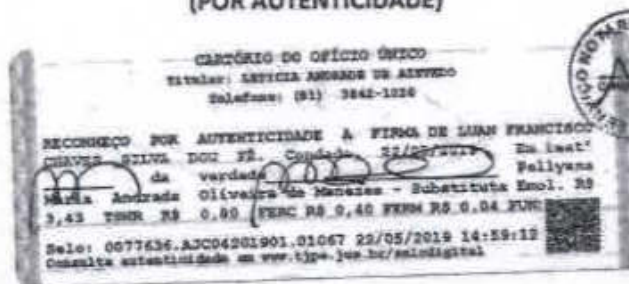
Luan Francisco Chaves Silva

ACIDENTE: 13/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ

Condado/PE, 22 / 05 / 2019

Luan Francisco Chaves Silva

OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)



05-02-494/0001-41
TRACÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

09/05/2019

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



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

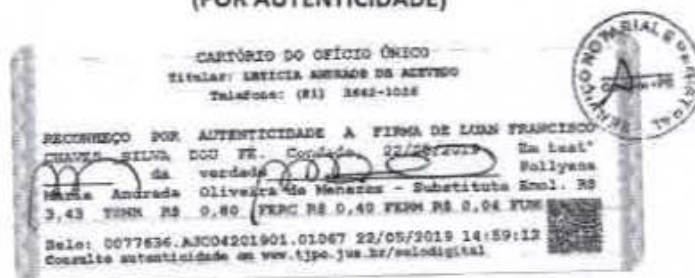
Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro dpvat, que figura como vítima:
Luan Francisco Chaves Silva

ACIDENTE: 13/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ

Condado/PE, 22 / 05 / 2019

Luan Francisco Chaves Silva

OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)



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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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
Osteopata e Cirurgião de Mão
CRM nº 8085 - OAB nº 24411
TEOD 14836



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

