



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA X Rivaldo pai da Silva

DATA DO ACIDENTE 21-12-2017 CPF DA VÍTIMA 041.398.584-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO PRICIANO MARINHO DA SILVA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Rosemeia Alves da Rocha

Nº 03 COMPLEMENTO 004 BAIRRO CENTRO

CIDADE 7-CRUZ DO SUL UF PE CEP 55192-305

E-MAIL APSECUR@1994@yahoo.com.br TELEFONE (81) 91613907

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

Matheus E. Silva

di. 810-38955P-PE

Adriana M. M. de

A. Fernandes

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 07 DE MAIO 2018

A LIDER

CONVENIO DPVAT

ASSUNTO: REANALIZE DO MEU PROCESSO

VÍTIMA: ERIVALDO JOAO DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO:3180 133670

Prezado Senhor:

Venho perante V. S<sup>a</sup>. esclarecer o seguinte:

QUE TIVE SEQUELAS GRAVES DO MEU ACIDENTE COMO CONSTA NO LAUDO EM ANEXO QUE ESTOU MANDANDO POIS TIVE 50% DE FRATURA DO MEU ANTE-BRAÇO DIREITO - INFORMO AINDA QUE AS SEQUELAS FORAM MUITO GRAVES , E DE CARATER INRREVERCIVEL,ASSIM NÃO RECEBENDO O VALOR QUE A MIM CORRESPONDIA,ESTOU A DISPOSIÇÃO PARA UMA NOVA PERÍCIA , POIS O MEDICO QUE MIM ATENDEU NÃO OLHOU SIQUER MEUS DOCUMENTOS, NEM MIM EXAMINOU.

DIANTE DO EXPOSTO SOLICITO DE V.S<sup>a</sup>. QUE O MEU PROCESSO SEJA REANALISADO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL E QUE SEJA LIBERADA A INDENIZAÇÃO A QUE FAÇO "JUS", POIS SOFRI O ACIDENTE DE TRÂNSITO, SOFRI LESÕES, ESTOU COM SEQÜELAS E NECESSITO DE RECEBER A INDENIZAÇÃO QUE TENHO DIREITO.

Nestes termos

Espero Deferimento.



Erivaldo João da Silva

ERIVALDO JOAO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180133670 **Cidade:** Congo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de rádio esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180133670 **Cidade:** Congo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio do rádio e ulna distais direitos

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima com queixa de dor no punho direito. Ao exame, apresenta realizou flexão à 70°, extensão à 10°, pronação à 75° e supinação à 15° em punho direito

**Resultados terapêuticos:** Submetido à osteossíntese com placa e parafusos

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180133670 **Cidade:** Congo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio do rádio e ulna distais direitos

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa de dor no punho direito. Ao exame: redução moderada da flexo-extensão, leve da prono-supinação do punho direito

**Resultados terapêuticos:** O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: ERIVALDO JOAO DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.146.238 SSP-PE
ENDEREÇO: RUA JOSE DA SILVA NEVES – Nº 58 – NECO ARAGÃO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - (PE).

OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO: RUA: ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 27 DE FEVEREIRO DE 2018.



X Eivaldo Joao da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018

	<b>TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO</b>	
<small>Ar. Tito Srezo Aragão, 174, Centro - Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: 81.3731.9769 - CNPJ 29.080.191/0201-20</small>		
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) ERIVALDO JOAO DA SILVA Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, quinta-feira, 15 de março de 2018 - 16:13h Em Testemunho da verdade, Juliana Honorio de Souza - Escrevente Total: 4,79 * Selo(s): 0159467.VZRO3201801.01005 * Consulte autenticidade em: <a href="http://www.tipe.jus.br/selodigital">www.tipe.jus.br/selodigital</a>		
<b>TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO</b>		

**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: **3180133670**

Nome do(a) Examinado(a): **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua José da Silva Neves, 58 - NECO ARAGAO - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55190770**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PE** ] **6146238**

Data e local do acidente: [ **21/12/2017** ] **Santa Cruz de Capibaribe**

Data e local do exame: [ **16/04/2018** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura do terço médio do rádio e ulna distais direitos*

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

*Submetido à osteossíntese com placa e parafusos*

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

*Vítima com queixa de dor no punho direito. Ao exame, apresenta realizou flexão à 70°, extensão à 10°, pronação à 75° e supinação à 15° em punho direito*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**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:

*Limitação funcional do punho direito*

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180133670**

Vitima: **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180133670**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12577983



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Sinistro: 3180133670

Vítima: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180133670** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Sinistro: **3180133670**

Vítima: **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180133670** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12708989

A/C: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133670  
Vítima: ERIVALDO JOAO DA SILVA  
Data do Acidente: 21/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001038

Conta: 0000002560-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Sinistro: **3180133670**

Vítima: **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Data do Acidente: **21/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180133670** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180133670

Vitima: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180133670**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

041.398.584-94

ERIVANDO JOAO DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Email

Telefone (DDD)

ERIVANDO JOAO DA SILVA

041.398.584-94

R. INFOR.

Rua JOSE DA SILVA NEVES

58

CAP

UF = CRUZ DO CAP.

PE

55190-770

81 91613907

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1038

02560

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

ERIVANDO 19 de MARÇO de 2018  
CAP. PE Local e Data

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

X ERIVANDO JOAO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG Santa Cruz do Capibarib  
DATA: 27/02/2018 HORA: 10:20:49  
TERMINAL: 10381011 CONTROLE: 103810110212

AGENCIA: 1038 - SANTA CRUZ DO CAPI  
CONTA: 013.00002560-9  
CLIENTE: ERIVALDO JOAO DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
09/02	

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
03/02	

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Janeiro

29/01	291600	SAQUE ATM	
29/01	180129	SAQUETERMINAL	

Fevereiro

03/02	000000	REM BASICA	
03/02	000000	CRED JUROS	
09/02	000000	REM BASICA	
09/02	000000	CRED JUROS	

RESUMO EM 26/02

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



**ESTADO DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – MONTEIRO

**DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SUMÉ**

Rua Ver. Elias Duarte, nº 380, Centro, Sumé PB. CEP 58.540-000.

Telefax (83) 3353-2308.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0119/2018**

— Tipo de B.O.:	Número do tipo de B.O.
1. Notícia-crime/queixa.	2
2. Reserva de direitos	

**QUINTA-FEIRA, 15º DIA DO MÊS MARÇO DO ANO 2018, às 13h54,**  
nesta cidade de Sumé-PB, nesta Delegacia da Polícia Civil,  
sob a responsabilidade do Bel. Luiz Xavier de Souza Junior,  
**AO** escrivão **ad hoc Sérgio Luiz Amaral de Lima**, ao final assinado...

**COMPARECEU o(a) NOTICIANTE...**

Nome: **ERIVALDO JOÃO DA SILVA**, conhecido(a) como **NINO**;  
Documento: **RG 6146238 SSP-PE**;  
Brasileiro(a), natural de **Santa Cruz do Capibaribe-PE**, com **37** anos de idade, nascido(a) aos **25/04/1981**;  
Filho(a) de Marli Maria da Silva e de Rivaldo João da Silva;  
Cútiis parda, profissão de cortador têxtil, Escolaridade com ensino fundamental incompleto, Religião  
Católica, Casado; Outras observações: 81 99459-8022  
Endereço: Rua José da Silva Neves, 59, Neco Aragão, Santa Cruz do Capibaribe, PE.

**E NOTICIOU QUE...**

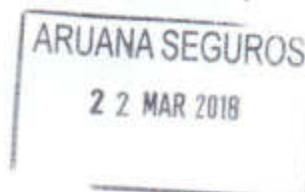
Comparece a esta Delegacia para noticiar fato de que no último dia 21/12/2017, quinta-feira, por volta das 05h20, na rodovia estadual PB-214, próximo do Sítio Salinas (próximo da ponte), Zona Rural, Congo-PB, no sentido Jatáuba-PE/Congo-PB, indo ao Congo-PB, conduzia sua motocicleta Honda Fan 150 com cerca de 70Km/h e fora interceptado por um animal cavalo que atressara a estrada a sua frente, obrigando o noticiante a frear o veículo buscamente, vindo a capotar e cair junto ao cavalo e a motocicleta cair por cima do braço direito do notificante; QUE, do acidente, o notificante teve ruptura dos ossos do antebraço direito e escoriações; QUE uma moradora no local acionou o hospital do Congo-PB, onde trabalhava sua filha SANDRA, e o notificante fora transportado em ambulância para o Hospital local da cidade de Sumé-PB; QUE fora submetido a exame por raio X e aplicação de analgésico, em seguida orientado a se buscar atendimento em serviço de saúde no estado de Pernambuco; QUE se dirigiu a UPA na cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE e, depois, fora para o Hospital Antônio Targino, na cidade de Campina Grande-PB, onde fora submetido a cirurgia ortopédica; QUE o veículo envolvido no acidente fora a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESDI, FLEX, COR VERMELHA, ANO 2011/2012, COM PLACA PEU5640-Toritama-PE, CHASSI 9C2KC1680CR417673, apresentando agora, CRLV/DPVAT PE013225702390 em nome de José Silvestre da Silva; QUE faz este registro para noticiar o fato e providenciar seus direitos legais. **E NADA MAIS DISSE.**

*O conteúdo narrado neste documento é de inteira responsabilidade do noticiante, o qual está ciente de que se submete aos preceitos do Código Penal Brasileiro.*

*Este NÃO É documento de identificação e tem validade sugerida de no máximo 30 dias para obtenção de nova via de documentos. Antes de assinar, leia com atenção e peça as devidas correções; Não serão permitidas alterações neste documento depois de emitido.*

• Erivaldo João da Silva  
Notificante

Sérgio Luiz Amaral de Lima  
Escrivão do ato





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

*Erivaldo João da Silva*

CPF da Vítima

*041.398.584-94*

Data do Acidente

*21-12-2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

*19º de Março de 2018*  
*Cap. Re* Local e Data

*x Erivaldo João da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





07:25 Paciente da estrada de amoladas Per volta das 06:53  
de atendida pelo médico Plantonista, o mesmo apresenta  
um acidente motorístico, apresenta escoriações leves +  
dor interna referida nas X apresenta fratura de Rádio (C)  
já melhora C.P.M e orientação a procurar os ser-  
viços de saúde no Estado de (Pe) no Estado de Sergipe.  
Sst Cruz de Capibana para religião matamata.

Naiana Mayara R.M. Amorim  
TEC ENFERMAGEM  
COREN-PB 432170

09:30 Paciente alta.







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

VALDECI DIONÍSIO DE JESUS

CPF: 472.194.914-88

**CLASSIFICAÇÃO**

BT RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO

APPROXIMAÇÃO Nº DO CONTRATO Nº DA VAGA/RELAÇÃO

18/12/2017 2011607962 6456 A029

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA JOSE DA SILVA NEVES, 58

NEO ARAGÓIS/ SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
55.190-770

CONTA CONTRATO MÊSANO  
6456 A029 12/2017  
DATA DE EMISSÃO DATA DE VENCIMENTO  
28/12/2017 18/01/2018

94,07

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,23471118	7,04
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,40236262	28,16
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	59,0000000	0,60354303	35,60
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,77
Contribuição Iluminação Pública			15,61
Multa por atraso-NF 001709821 - 17/11/17			1,53
Juros por atraso-NF 001709821 - 17/11/17			0,25
Atualização IOPM-NF 001709821 - 17/11/17			0,11

**TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO SECTOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
201000119	CA3	17-11-2017	9.309,00	18-12-2017	9.960,00	31	1,0000		(Total)

MÊSANO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mêsano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE			
DEZ 17 159	ICMS				Geração de Energia	R\$ 23,95	25,4%
NOV 17 157	PIS	76,57	25,00	19,14	Transmissão	R\$ 2,11	2,2%
OUT 17 140	COPIS	76,57	0,80	0,60	Distribuição (Cálculo)	R\$ 17,38	18,3%
SET 17 138		76,57	4,16	3,18	Perdas de Energia	R\$ 6,36	6,7%
AUG 17 103					Energia Setorial	R\$ 5,71	6,0%
JUL 17 114					Tributos	R\$ 23,00	24,3%
JUN 17 137							
MAY 17 151							
ABR 17 121							
MAR 17 142							
FEV 17 172							
JAN 17 116							
DEZ 16 117							
		Consumo Ativo até 30 kWh			6.104.5700		
		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			6.281.41200		
		Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			6.421.16000		
					RENTEDADO INCO		
					E456 A029 B76D A32B C12B 7607 165E 71AF		

As informações contidas nesta fatura são de caráter informativo e não representam compromisso da Companhia Energética de Pernambuco. O cliente é responsável por verificar a validade das informações e a correta aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica. A Companhia Energética de Pernambuco não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso das informações contidas nesta fatura.

**DURAÇÃO E PRESENCIA DAS INTERRUPÇÕES**

**SERVIÇO DE TERCEIROS**

**ARUANA SEGUROS**  
22 MAR 2018

## 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 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



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  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

## DATA DE VENCIMENTO

14/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/03/2018

## DATA DA APRESENTAÇÃO

07/03/2018

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

008094166

## CONTA CONTRATO

007008475460

## Nº DO CLIENTE

2011168068

## Nº DA INSTALAÇÃO

0003423002

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ROSEMIRO ALVES ROCHA 3

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
55192-305 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

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](http://www.celpe.com.br)

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

A2E1.99E5.B23B.B1BC.9A68.DC27.1C29.760B

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	85,00	0,68359185	58,10
Contribuição Iluminação Pública			1,98
ICMS Subvenção-CDE-NF 000537006-11/12/17			1,11
Multa por atraso-NF 004147686 - 05/02/18			1,27
Juros por atraso-NF 004147686 - 05/02/18			0,02
Atualização IGPM-NF 004147686 - 05/02/18			0,02
TOTAL DA FATURA			62,50

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,10	25,00	14,52	58,10	0,82	0,47	58,10	3,91	2,27

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,48038000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
MAR 18	■■■■■■■■■■	85
FEV 18	■■■■■■■■■■	95
JAN 18	■■■■■■■■■■	102
DEZ 17	■■■■■■■■■■	183
NOV 17	■■■■■■■■■■	158
OUT 17	■■■■■■■■■■	153
SET 17	■■■■■■■■■■	171
AGO 17	■■■■■■■■■■	150
JUL 17	■■■■■■■■■■	185
JUN 17	■■■■■■■■■■	184
MAI 17	■■■■■■■■■■	166
ABR 17	■■■■■■■■■■	177
MAR 17	■■■■■■■■■■	186

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	15,91	27,38
Transmissão	1,58	2,89
Distribuição (Celpe)	13,87	23,87
Encargos Setoriais	5,22	8,58
Tributos	17,25	29,78
TOTAL	54,18	100

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		

D24966 CAT 05/02/2018 3.025,00 07/03/2018 3.110,00 30 1,00000 0,00 85,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 06/04/2018

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
jan/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	8,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 21,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007008475460	03/2018	0,00	14/03/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FER. inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERIVALDO ORIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.398.584-94, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERIVALDO ORIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.398.584-94, 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 Rosemário Alves da Rocha</u>		Número <u>03</u>	Complemento <u>CAD</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>JF. Cruz das Almas</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>55192305</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@VAIHO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>81 91613907</u>

JF. Cruz das Almas de Março de 2018  
Local e Data

Adriana M. Moura de A. Fernandes.  
Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Silvestre DA SILVA,  
RG nº 687.900, data de expedição 01/03/07,  
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 213.163.254-15, com  
domicílio na cidade de 17º CRUZ DO CAR., no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua José DA SILVA NEVES, N. ARAÚJO, nº 58,  
complemento CMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima REVOLTO PAO DA SILVA, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta  
Modelo: 2012  
Ano: 2012  
Placa: PEU5640  
Chassi: 9C2KCI680CR417673  
Data do Acidente: 21-12-2017  
Local e Data: 17º CRUZ DO CAR. - PE, 16-03-2018

João da Silva  
Assinatura do Declarante

Cartório Unico  
Toritama-PE  
Reconheço

Enivaldo João da Silva

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

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS  
Toritama-PE 20/03/2018 09:53:08 e dou fé. Em testemunha da  
verdade. Substituta: HUIARA M. CRISTINA DA SILVA ARAGÃO, 01.3.39,  
TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$ 4,79 Selo: 0076752.UBV0124.001.04864  
Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital).  
Huiara é da 5ª seção

Cartório Unico Toritama-PE  
Rua do Comércio 243 - Centro - Toritama-PE  
Atendimento: 11h às 18h  
Telefone: (81) 3741-3057  
Mestre do Registro: Huiara M. Cristina da Silva Aragão  
1ª Substituta: Huiara M. Cristina da Silva Aragão  
2ª Substituta: Huiara M. Cristina da Silva Aragão  
E-mail: [toritama@toritama-pe.org.br](mailto:toritama@toritama-pe.org.br)

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



SUS



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2611864 CGC/CPF: 08.874.935/0001-09

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE ALICE DE ALMEIDA

END.: RUA FRANCISCO DE MELO, 486

MUNICÍPIO: SUMÉ ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Nome: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 25/04/1981 Idade: 36 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: MARLI MARIA DA SILVA

Profissão: AGRICULTOR

Documento: RG6146238

Endereço: RUA PEDRO NUNES

Nº:

Bairro: NETA ARAGÃO

Município/CEP/IBGE: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE - 55190000 - 261250

Telefone para contato (83) 3353-2280 / (81) 99458-8022

CNS:

Data e Hora: 21/12/2017 06:53:01

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

## ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Tensão - 120/80 -

Pr. Ocas - 100% Lúcido

## EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rox + OK!!!

## RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HOSPITAL

## MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. DILÓFINA 20mg
2. Lasix 1mg / 1mg (07-25)
- 3.
- 4.

- ☐ 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

## PROCEDIMENTO - descrição:

- Dilipirano 20mg
- DEXO- 20mg / EV Lúcido (07-25)

## DIAGNÓSTICO:

CID-10:

## MEDICAÇÃO:

- ☒ 1. PRESCRITA
- ☒ 2. APLICADA

## ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
- ☒ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

## SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 03 | d | e | b | 6 | 0 | 0 | c |
- 2.
- 3.

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Dr. Romualdo Antonio de Sousa

MÉDICO - CRM - CNS - CBO

ROMUALDO ANTONIO QUIRINO DE SOUSA - 6890 - 700807051495046 - 225225/225125

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

REVISADO EM: 03 JAN 2018

Laudicela Soares de Silva

C.P.F. 034.628.554-25

CADASTRO: 160849

07:25 Paciente da estrada ne envolada por volta das 06:53  
foi alertado pelo o médico Plantonista, o mesmo segue  
um acidente motorístico, apresentando lesões graves +  
dor interna redigido na X apresenta picture de Radio (C)  
foi medicado c.p.m e orientado a procurar os ser-  
viços de saúde do Estado de (PE) na cidade de Surubim.  
Sst Cruz de Capibaribe para redigir novamente.

Naiana Mayara R.M. Amorim  
TEC ENFERMAGEM  
COREN-PB 432170

09:30 Realizada.





HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1  
DATA: 25/12/2017  
HORA: 07:26:25

Prontuário  
933384

Atendimento  
2269592

Reserva/Guia  
AMBULATORIO  
Data 25/12/2017 Hora 07:23

Paciente  
ERIVALDO JOAO DA SILVA [ CPF: ]

Endereço  
URUBU  
Bairro

Nome da Mãe  
MARLI MARIA DA SILVA

Responsável  
ERIVALDO JOAO DA SILVA  
Bairro

Médico Atendente  
1716 LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448631434]  
Procedimento

Setor  
3009 SECRETARIA SUS

Acomodação  
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data min. para alta - 25/12/2017 Data máx. para alta - 25/12/2017

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [ ] Sim [ X ] Não Data admissão 25/12/2017

Internação anterior..? [ ] Sim [ ] Não Hora admissão

Alta....: Curado.....: [ ] Melhorado.....: [ X ] Inalterado.....: [ ]  
Piorado.....: [ ] A pedido.....: [ ] Indisciplina.....: [ ]  
Transferido...: [ ] Falecimento.....: [ ] Evasão.....: [ ]

Data alta 29/12/17  
Hora alta 08:00

Clinica..: Médica.....: [ ]  
Cirúrgica.....: [ ]  
Obstétrica...: [ ]

Diagnóstico:

Internação.: CAT - 208 OUTOR ANTER. 5521

Definitivo.: O MEDUNO. W399

Histórico:

visita de BUREA 0408020415

ORTESE PROTESE

Alta -1  
Perm -2  
Transf -3  
Óbito -4

Raio X:

[ X ] Simples  
[ ] C/Contraste

Uti

Entrada  
Saída

Caract. Trat.

Motivo

[ ] Sanguene.: [ ] Rh.: [ ] [ ] A [ ] B [ ] C [ ] D [ ] E [ ] F [ ] G

RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 28/12/2017  
antidoro

ARUANA SEGURO  
22 MAR 2018

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Marluce  
Dr. Ítalo César  
Dr. Luciano Holanda  
Enf. Anália  
D. Atanásia

Médico Acompanhante  
1716 LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448631434]

Cid  
Data  
Origem



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGO

Trabalhando com ética e transparência

## Centro Municipal de Saúde

### Histórico de Enfermagem

Data: 21/12/17 Hora: 05:30

Nome do

paciente: ERIVALDO JOAO DA SILVA

Endereço: R. Neco Aragão Cidade: SANTA CRUZ UF: PE

Sexo: F ( ) M (x) - Estado Civil: CASADO Etnia: (x) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo

Profissão: AUTONOMO RG: 6146238 CPF: 041.898.584-9

SUS: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: 25/09/1981

Fone: 9459-8082 81-

Sinais vitais: PA: 120/80 mmHg - FC: 82 bpm - FR: \_\_\_\_\_ lpm - T: \_\_\_\_\_ °C -

StO2 99 % HGT: 152 mg/dL - Peso: \_\_\_\_\_ kg - Altura: \_\_\_\_\_

Queixa

inicial: ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EM

Veio de: Casa ( ) Trabalho ( ) Hospital ( ) UBS ( ) Fora ( ) MSD

Outros: VIA PUBLICA

Condição de chegada: Consciente/Orientado( ) Inconsciente( ) Confuso(x) Sonolento(x) Torporoso( ) Síncope( ) Crise Convulsiva( ) Perda de memória( ) Sedado( ) Intubado( ) Traqueostomizado( ) Vent. Mecânica( ) Máscara O2( ) - Dicção: Normal( ) Lento( ) Balbuciada( ) Afasia( )

Grau de dependência: Sem auxílio(x) Muletas( ) Cadeira de rodas( ) Totalmente acamado( ) Paresia total( ) Hemiparesia( ) Plegia total( ) Hemiplegia( )

Detalhes: \_\_\_\_\_

Doenças pré-existentes: \_\_\_\_\_

Antecedentes

Familiares: \_\_\_\_\_

Tabagista? Sim( ) Não(x) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Etilista? Sim( ) Não(x) Qual frequência? \_\_\_\_\_

Faz uso de algum medicamento? Sim( ) Não(x).

Quais? \_\_\_\_\_

Alérgico? Sim(x) Não( ) A que? Dipirona

Já esteve internado antes? Sim( ) Não(x) Motivo? \_\_\_\_\_

Conduta: REMOVIDO PARA SUMÉ

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento: Josefa Sandra Ferreira

CONV. 134.058

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Edmarcio da Silva

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: QIAT DE ARTES

DATA: 28/12/17

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

- 1) Sinco Linc
- 2) Depo Provera EV
- 3) Chlopharm - 100 mg EV
- 4) Volixen 75 - 100 mg
- 5) Paracetamol 1000 mg

20

30

30

Dr. Luciano Guedes Borges  
Médico Ortopedista  
CRM 3451-TEOT 5322

6) INMAL 100 mg - 100 mg EV

30

Dr. Adriano Boche  
CLÍNICA MÉDICA  
CRM 3451-TEOT 5322

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

Operado com QIAT DE ARTES. ON

Dr. Luciano Guedes Borges  
Médico Ortopedista  
CRM 3451-TEOT 5322

28/12/17

Ata Hospitalar

Dr. Luciano Guedes Borges  
Médico Ortopedista  
CRM 3451-TEOT 5322

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Osvaldo

IDADE:

AL: emergência

LEITO: 702

MÉDICO: Luciano Guedes

DATA: 25/12/17

MANHÃ

Paciente admitido para tratamento cirúrgico, consciente e orientado, segue sem queixa, afébril, eupneica normotensa, m. e b. e segue aos cuidados da equipe.

Luciano Lima  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 33852

TARDE

Paciente estável, consciente, orientado, em ar ambiente, afébril, normotensa, aceita dieta, duvexes espanta-se, aguarda procedimento cirúrgico sem queixas no momento, deixa dieta por após 24h, feto em sala de espera segue em observação.

Júlia

NOITE

paciente estável, em estado geral estável, medicado conforme prescrição médica, m. e b. e segue aos cuidados da equipe.

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

Mariana Lira Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PB 33852





HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Enivaldo Joao da Silva

ALA:

Quirúrgica

LEITO:

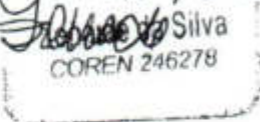
MÉDICO:

IDADE:

DATA:

26.12.17

MANHÃ

Paciente evolui, mantendo quadro estável, Afeto  
consciente e orientado, diurese presente espontânea  
dieta zero por procedimento cirúrgico. Segue a observação  
da enfermagem. 

TARDE

Paciente evolui estável e consciente. orientado  
resumo medicado e por aferido SSVV. encontra-se  
afetível e comunicativa. em venóclise com oeno por  
clivasi espontânea. dieta dieta oral. segue a evolução  
do procedimento cirúrgico.

Juçata Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN 246278

NOITE

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: Erivaldo das Silva

IDADE: \_\_\_\_\_

ALA: Ortopedia

LEITO: 40-2

MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA: 27/12/17

MANHÃ

Paciente evolui estável consciente orientado  
sem anormalidade c/ fratura de MSE supinício  
após normalização, segue med com aguardo  
procedimento cirúrgico p/ amonho ferir  
após 12:00 noite segue ad cuidados da  
enfermeira.

**Elaine da Silva Porto**  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
COREN 621979

TARDE

Paciente mantém o quadro estável consciente e  
orientado deambula, com fratura no membro  
cirúrgico marcado plomante, acordado a dieta  
oral, diure espontânea, eufórico e normotenso,  
segue med com.

**Fabiana Dantas da Silva**  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
COREN 563115

NOITE

Paciente evolui consciente orientado eufórico  
normotenso eupneico sem queixa sem intercorrências  
operado SSUV m.c.p.m segue ad cuidados da  
enfermagem e conduta médica.

**ARUANA SEGUROS**  
22 MAR 2018

**André Luiz da Cruz**  
Téc. Enfermagem  
COREN 908 492





HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Eu. Velez

IDADE:

ALA: enferm

LEITO: 684

MÉDICO:

DATA: 20/02/18

MANHÃ

Paciente acordado realizando curtos  
a tosse, segue sem queixa, mel  
e segue os cuidados da equipe

20/02/18  
10h  
10h  
10h

TARDE

NOITE

ARJANA SEGUROS

22 MAR 2018

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

NOME: *Quirino*

IDADE:

ALA: *Amigo*

LEITO: *687*

MÉDICO:

DATA: *29.12.17*

MANHÃ

*Paciente recebeu alta hospitalar*

*[Signature]*

TARDE

NOITE

ARUANA SEGUROS  
22 MAR-2018



PACIENTE: ERIVAN DO SILVA  
 Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA OPERAÇÃO: 28/12/17 ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 OPERADOR: Dr. Luciano Guedes  
 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: Dr. VARELLA TIPO DE ANESTESIA: ANESTESIA GERAL  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: GASTRO-ENTERO-PTERIO  
 TIPO DE OPERAÇÃO: RESECTOMIA DE ANTERIOR  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_  
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: \_\_\_\_\_  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

- 1) Anestesia com fixação de kloro
- 2) Colocação de campo
- 3) Anestesia por via torácica
- 4) Resectomia cirúrgica 2/3 do órgão
- 5) Sutura de pele
- 6) Curativos

*[Assinatura]*

Dr. Luciano Guedes  
ORTOPEDISTA  
CRM 10.488.314-3

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



PACIENTE: Carineide dos Santos da Silva

CONVÊNIO: SUS

DATA: 28/12/17 CIRURGIÃO: Dr.º Mauricio Guedes PRONTUÁRIO: 933384 / 2269592

AUXILIAR: Dr.º Vanessa

ANESTESISTA: Dr.º Vanessa

CIRCULANTE: Edsonia Graus N.º CARRO: Sala - 04

HORÁRIO: INÍCIO: 16:00 FINAL: 17:00

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	06
28819	RANITIDINA	
2070	ATROPINA	03
2020	DIPIRONA	
70181	PROSTIGMINE	03
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASDONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
26233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
12031	PROPOFOL	01
3042	FENTANIL	01
0548	TRACUR	
1834	HALOTANO	
18872	SEVORANO	50ml
1780	ISOFLURANO	
1958	TIOPENTAL	
160	NEOCAINA 0,5% C/V	
3750	NEOCAINA 0,5% S/V	
024	NILPERIDOL	
212	ETOMIDATO	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	01
1996	NEOCAINA PESADA	
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
40x12	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
25x28	ESCOVA DESCARTÁVEL	03
	COMPRESSAS C.B...	03
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	01
69752	MICROPORE LARGO	100cm
3379	MICROPORE FINO	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	01
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03 bol
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3719	SERINGA DE 05cc	
3697	SERINGA DE 20cc	05
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	SONDA NELATON n° 14	01
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	100cm
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GHEE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 7.5	01
	ATADURA CREPOM N° 8.0	02
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	01
3522	LUVAS 8.0	01
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES 75x75	30 par
3549	LUVA PROCEDIMENTO	15 pares
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
61A	MONONYLON N° 3.0...	02
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N°	
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL	100ml
2631	ÉTER	
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	100ml
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	100ml
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	2L 60 min
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	60 min
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	60 min
	OXÍMETRO DE PULSO	60 min
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	04
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	HISOCAL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	o Gilete	01
	filtro unimodificado	01
	alacurcio	01
	algodão atópico	02
	placa de 4 furos	
	6 furos	
	parafuso cortical	10
	ARUANA SEGURO	
	22 MAR 2018	



NOME: ERIVALDO JOÃO DA SILVA APTO: 68-2  
CONVÊNIO: SUS IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☒ M ☐ F  
NÚMERO DA CARTEIRA: \_\_\_\_\_ INÍCIO: 16:00  
GUIA DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_ TERMINIO: 17:00  
SENHA: \_\_\_\_\_ HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☐ NÃO  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

**CIRURGIA**

☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA  
☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

DATA: 28, 12, 17

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de antebraço D

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados:

Códigos

Intussusceção de antebraço D

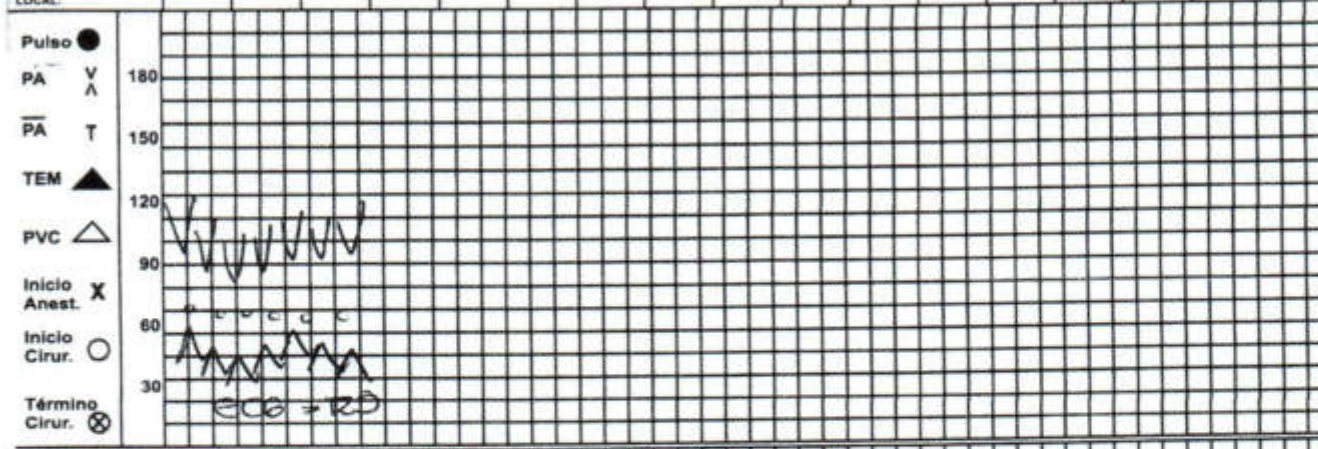
ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

Horário →

AGENTES	OXIGÊNIO	N <sub>2</sub> O / AR	DECO
LÍQUIDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICAS	SOL. DE RINGER	CONC. HEMACIAS
MONITOR	ECG	SpO <sub>2</sub>	ETCO <sub>2</sub>
	DIURESE		

TORNIQUETE Tempo: \_\_\_\_\_ LOCAL: \_\_\_\_\_



RESP: \_\_\_\_\_ ESP: \_\_\_\_\_ ASS: \_\_\_\_\_ CONT: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

INDUÇÃO: ☐ Inalatória ☒ Venosa ☒ MANUTENÇÃO: ☒ Inalatória ☐ S/Balão

INTUBAÇÃO TUBO Nº: 8,0

ANESTESIA REGIONAL: ☒ Peridural ☐ Raquianestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Perférico

ANESTESIA REGIONAL: ☒ P Braço/Cervical ☐ Supraclavicular ☒ Interscapulêico ☒ Axilar

PUNÇÃO: ☐ Mediana ☐ Paramediana ☐ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: ☐ Aspirador ☐ Bexiga ☐ ECG ☐ Bili ☐ Oxímetro ☐ Pa Invasiva

Adrer  
Atrop  
Bextr  
Bupiv  
Bupiv  
Bupiv  
Cipro  
Clexa  
Decac  
Dipiro  
Dipriv  
Dipriv  
Dobul  
Dorm  
Efedri  
Esmei  
Fenta  
Flagyl  
Foran  
Halotz  
Hidro  
Hypnc  
Kefaz  
Keflin  
Ketals  
Lasix  
Lique  
Metha  
Morfir  
Narca  
Napor  
Nimbi  
Niprid  
Norad  
Norcu  
Ocitor  
Pavul  
Plasil  
Protes  
Prosti  
Quelic  
Rapfe  
Reviv  
Sevor  
Sufen  
Tilatil  
Tactri  
Ultiva  
Valium  
Xylor  
Xylor  
Xylor  
Zofrar  
Água  
Água  
S. Fis  
S. Glic  
S. de l  
C. Her  
Plasm  
Oxigé  
N<sub>2</sub>O (I  
Ar Me  
Co<sub>2</sub> (L  
MAT  
Aque  
Aguth  
Aguth  
Aguth  
Cal S  
Cateb  
Cateb  
Cateb  
Eletr  
Equip  
Equip  
Filtro

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018



Sr(a): **ERIVALDO JOAO DA SILVA**  
 Idade: **36 ANOS**  
 RA: **0110062149** Dt Coleta: **25/12/2017 - 10:00:17**  
 Dr(a): **LUCIANO GUEDES BORGES/3451**  
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**  
 Emissão: **25/12/2017 - 11:19:57** Local: **CIRURGICA**



Controlab

Controlab

## HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,68	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	14,6	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	40,0	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	85,5	u3 80.0 - 98.0
H.C.M.	31,2	pg 26.0 - 32.0
C.H.C.M.	36,5	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	13,5	11.0 - 14.5

Série Vermelha: Normocitose. Normocromia.

### LEUCOGRAMA

Leucócitos	7194	/mm3	3800 - 10000
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	55	3957	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	12	863	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	26	1870	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	7	504	2-10 72-1000

Série Branca: Eosinofilia.

PLAQUETAS	182000	/mm3	140.000 - 450.000
-----------	--------	------	-------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80  
 Material: SANGUE TOTAL

ARUANA SEGURO  
 22 MAR 2018

Dra. Talita Nunes Cardoso  
 FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA  
 CRF - PB 4096

Acesse seus resultados: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br) Central de Atendimento: **83 2102.5577** **83 2102 5555** **83 988310102**

UNIDADE CENTRO  
 Rua Sandra Borborema, 61

UNIDADE CATOLE  
 Av. Vigário Calisto, 877

UNIDADE PRATA  
 Rua Rodrigues Alves, 1049

UNIDADE CATINGUEIRA  
 R. Severino Sezefredo de Almeida, 17

UNIDADE JOÃO XXIII **24h**  
 Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

UNIDADE INTEGRAÇÃO  
 Rua Sebastião Donato, 25

UNIDADE CRUZEIRO  
 Av. Almirante Barroso, 1493

UNIDADE JOSÉ PINHEIRO  
 Rua Campos Sales, 463

UNIDADE QUEIMADAS  
 Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE ANTONIO TARGINO **24h**  
 R. Delmiro Gouveia, 349 - Centro

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Agende seu médico em condições de interpretação.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC  
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos

Controlab



## TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi do meu médico todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.  
Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL=FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRACO

CONTROLE=FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRACO COM OSTEOSSINTESE

DATA 25 / 12 / 17

Rosalei Andrade dos Santos  
MÉDICO  
R. 1308

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



Paciente:

LAURO MEXICO

O paciente ENIVALDO JOÃO DA SILVA, vítima de acidente de moto no dia 21.12.2017, sofreu fratura em ANTE-BRACO direito e foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação da fratura com PLACAS E PARAFUSOS, encontrando-se ainda em condições de exercer a profissão de cortador, após pequenos exercícios, em função de recuperação  $M25-6$  em  $\pm 50\%$ .

Data 25.04.18

Av. Olimpio Bezerra de Arruda, 518 - Santo Agostinho - Santa Cruz do Capibaribe - PE  
Fone: (81) 3731-5893 / 9 9199-8355 Claro / 9 9559-6500 Tim

ETD 552-4 e 556-3





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**PARAÍBA**

**NOME**  
 ERIVALDO JOAO DA SILVA

**DOC. EXTERNADE / ORG. EMISSOR**  
 6146238 SSP PE

**CPF**  
 041.398.584-94

**DATA NASCIMENTO**  
 25/04/1981

**FUNÇÃO**  
 RIVALDO JOAO DA SILVA  
 MARLI MARIA DA SILVA

**PERMISSÃO**  
 ACC CAT. NA  
 AB

**Nº REGISTRO**  
 05081497290

**VALIDADE**  
 03/08/2020

**1ª HABILITAÇÃO**  
 17/11/2010

**OBSERVAÇÕES**

**Assinatura do Portador**  
 ERIVALDO JOAO DA SILVA

**LOCAL**  
 CAMPINA GRANDE, PB

**DATA EMISSÃO**  
 24/08/2017

**Assinatura do Emissor**  
 56448235153  
 PB035236957

**PARAÍBA**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
 1494484559

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 1494484559

ARUANA SEGUROS  
 22 MAR 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ADMINISTRAÇÃO DE TRÂNSITO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421884961

NOME  
**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**4810389 SSP PE**

CPF DATA NASCIMENTO  
**945.234.444-04 26/07/1974**

FILIAÇÃO  
**JOSE GOMES DE MOURA**  
**ISMAETE FERRERA DE MOURA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
**13**

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
**02378605879 08/04/2022 17/06/2002**

OBSERVAÇÕES

*Adriana M. Moura de A. Fernandes*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
**SURUBIM - PE 10/04/2017**

*Charles Andrews Louza Ribeiro*  
Charles Andrews Louza Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000  
PE078665272

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421884961

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013225702390  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 406098212 \*\*\*\*\* 2017

JOSE SILVESTRE DA SILVA

TORITAMA-PE 0 PLACA  
213.163.254-13 PEU5640

\*\*\*\*\* / PE SC2KC1680CR417673

PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL  
ALCO / GASOL

HONDA / CG150 FAN ESDI ANO FAB. / ANO MOD.  
2011 2012

2E / 149CL CATEGORIA  
PARTIC VERMELHA

1 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
1ª \*\*\*\*\*

P 1PVA 2017 QUITADO  
2ª \*\*\*\*\*

V FAIXA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS  
3ª \*\*\*\*\*

A 1 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO PAGO

SEM RESERVA, RES JUD 03 BRIGATORIO  
MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TORITAMA DATA  
17/11/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN - PE Nº 013225702390

DETRAN - PE Nº 013225702390

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013225702390 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE SILVESTRE DA SILVA

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

TORITAMA-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 17/11/17

VIA CPF / CNPJ PLACA  
213.163.254-13 PEU5640

RENAVAM MARCA / MODELO  
HONDA / CG150 FAN ESDI

406098212 ANO FAB. / CAT. TRAF. Nº CHASSI  
2011 09 9C2KC1680CR417673

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL (R\$) INCL. SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.003/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

DETRAN - PE Nº 013225702390

DETRAN - PE Nº 013225702390

ARUANA SEGUROS  
22 MAR 2018



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180133670 **Cidade:** Congo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio do rádio e ulna distais direitos

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima com queixa de dor no punho direito. Ao exame, apresenta realizou flexão à 70°, extensão à 10°, pronação à 75° e supinação à 15° em punho direito

**Resultados terapêuticos:** Submetido à osteossíntese com placa e parafusos

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andrea Rodrigues Madeira

**CRM do médico:** 19953

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180133670**

Nome do(a) Examinado(a): **ERIVALDO JOAO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Jos? da Silva Neves, 58 - NECO ARAGAO - Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP 55190770**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PE** ] **6146238**

Data e local do acidente: [ **21/12/2017** ] **Santa Cruz de Capibaribe**

Data e local do exame: [ **28/05/2018** ] **Caruaru** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura do terço médio do rádio e ulna distais direitos*

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

*O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos*

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

*Vítima queixa de dor no punho direito. Ao exame: redução moderada da flexo-extensão, leve da prono-supinação do punho direito*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Limitação funcional do punho direito*

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

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



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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE