



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

21-12-2012 CPF DA VÍTIMA 041.398.584-94

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº 03 COMPLEMENTO 094 BAIRRO Centro
CIDADE F. CRUZ DO COR. UF PR CEP 55192305
E-MAIL PRSEGUAR1994@YAHOO.COM.BR FONE (83) 01613907

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, TALIS 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 RECEITÁRIO 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, TALIS 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, ACESSE 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

22 MAR 2018

Adriana M. M. de S. 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^a. 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^a. 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 Joao 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

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oteiro Corrêa dos Santos Filho'.

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 CABIBARIBE - (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 CABIBARIBE (PE).

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

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



X Erivaldo João da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Av. Tito Silveira Aragão, 174, Centro - Santa Cruz do Cabibaribe-PE - Fone: 81.3731.9769 - CNPJ 29.060.191/0201-20

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firmá(s) de: (1)ERIVALDO JOAO DA SILVA Dou fe. Santa Cruz do Cabibaribe, quinta-feira, 15 de março de 2018 - 16:15hEm Testemunho  da verdade,Juliana Honório de Souza - EscriventeTotal: 4,79 *

Selo(s): 0159467.VZR03201801.01005

* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

**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?

[**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
() 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

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 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: 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 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 n°: 12708989

A/C: 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

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.

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 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** 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

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

041.398.584-94

Nome completo da vítima

X Rivaldo Jon da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
X Rivaldo Jon da Silva	041.398.584-94	R. INFOR.
Endereço	Número	Complemento
Rua José da Silva Neves	58	Cap
Bairro	Estado	CEP
	PE	55190-770
Email	Telefone (DDD)	
	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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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

NRO.

1038

D/V

CONTA

NRO.

02560

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)



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

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
09/02	
DEPÓSITOS 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	SAQUE TERMINAL

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: 0800-725 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
2º 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 N° 0119/2018

– Tipos de B.O.	Número do tipo de B.O.
1. Notícia-crime/queixa.	
2. Reserva de direitos	2

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;

Cútis 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

je
Escrivão do ato

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Erivaldo Júnio da Silva</i>	<i>041.398.584-94</i>	<i>21-12-2017</i>

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 Cevado/19 de Março de 2018
Local e Data

x Erivaldo Júnio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

07:25 Peleira da entrada no consultório por volta das 06:53
ap. aterrida pelo o médico Plantonista o mesmo apena
um aterrida médica disto, apresentava enoríssimas bres +
do interna ressequida nazi x apresentar flatula de Rache (C)
que incluiam e.p.m e enxofre a provocar os re-
lances de saude da exa da ~~PC~~ no exa da Dr. regim.
Set. Cruz da capivara para recup. maternita
09:30 Recuperada.

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



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	
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA ROSEMIR ALVES ROCHA 3	
CENTRO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE 55192-305 SANTA CRUZ DO CABIBARIBE 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	

DATA DE VENCIMENTO 14/03/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/03/2018	CONTA CONTRATO 007008475460
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/03/2018	Nº DO CLIENTE 2011168068
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	NÚMERO DA NOTA FISCAL 008094166	
RESERVADO AO FISCO A2E1.99E5.B23B.B1BC.9A68.DC27.1C29.760B		Nº DA INSTALAÇÃO 0003423002

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

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48038000	kWh	
		MAR 18	85
		FEV 18	95
		JAN 18	102
		DEZ 17	183
		NOV 17	156
		OUT 17	153
		SET 17	171
		AGO 17	150
		JUL 17	165
		JUN 17	184
		MAI 17	166
		ABR 17	177
		MAR 17	166
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
R\$	%		
Geração de Energia	15,91	27,38	
Transmissão	1,68	2,89	
Distribuição (Celpe)	13,87	23,87	
Encargos Setoriais	5,22	8,98	
Tributos	17,25	29,79	
TOTAL	58,10	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAZ	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
D24966	CAT	05/02/2018	3.025,00	07/03/2018	3.110,00	30	1.00000	0,08	85,00	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	6,60	13,20
										DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
										DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
										EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 21,98					
										Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES								NÍVEIS DE TENSÃO					
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em 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.								TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)				
								MÍNIMO	MÁXIMO				
								220	202				
								AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

Pelo exposto, eu Adriana M. Moura de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adriana M. Moura de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.398.584-94, do sinistro de DPVAT cobertura ENVELHECIMENTO da Vítima Adriana M. Moura de A. Fernandes, 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	Rua Rosemíro Alves da Rocha	Número	03
Barrio	Centro	Cidade	Cap. - PR
Email	AFSEGURO1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial DDD	—
		Telefone celular (DDD)	81 91613907

27/02/2019 de Março de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Gómez da Fonseca

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 João Pessoa/PE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde, resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José da Silveira Neves, n.º 58

complemento CDTA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Rivaldo Rávila da Silva, cujo o condutor era Rivaldo Rávila da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: 8012

Ano: 2012

Placa: PEU5640

Chassi: P62KC1680CR419673

Data do Acidente: 21-12-2017

Local e Data: 175 CZ 12.00

Local & Date: 18/08/2013

Assinatura do Declarante

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 TIT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Santo Amaro - Centro - Marília - São Paulo - 12500-000 - Telefone: 3222-0000 - Telefax: 3222-0000

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE SILVESTRE DA SILVA, TORITAMA/PE 20/03/2018 09:53:08 e dou fé. Em testemunha da verdade. Substituta: MUIARA MA CRISTINA DA SILVA (CRISTINA) 01.3.39, TSNR 0,80, FERC 0,40 Total R\$ 4,79 Selo: 0076752.UBM01201800104964 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Centro Único de Informações
Ramo Comércio 202-00000-0000
Av. das Nacoes Unidas
7.500
Maracanaú-CE
06300-000
1^o Superior
Helena Maria Cardoso da Costa Viegas
2^o Superior
E-mail: helena.viegas@uol.com.br

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

SUS



ESTADO DA PARAÍBA - 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 N°:

Bairro: NETA ARAGÃO

Município/CEP/IBGE: SANTA CRUZ DO CABIBARIBE - 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)

Time - Dren D - - -

2r Dren - Dren - Loco D

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Res + OK!!!

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HOSPITAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. _____
2. Diclofenaco sódio
3. Leucotrieno 1mg) iny (07-25
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:

Dipirona sódio
02x - 100mg) ev uno (07-25

DIAGNÓSTICO:

CID-10: _____

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. 031dublglobolc:
2. _____
3. _____

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

Dr. Romualdo Antonio de Souza

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
<i>[Assinatura]</i>	REVISADO EM: 03 JAN 2018

Laudiceia Soares de Souza
CPF 034.628.554-26
CADASTRADO

160849

07:25 Peleou da estrada no cunhal da P. vila das 06:53
ap. alterado pelo o mdcio Plantonista, o mesmo apena
um cedente mdcicistico, apresentou escoamento lento +
dor interna subagudo nasc x apresentar fractura da Radice (C)
que mdcicava o P. nn e enrafado a provocar os ser-
bicos de sangue que estavam no P. no cedente da fratura.
Sst. Cruz da Capibaribe para reduzir nata morte

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

09:30 Recuperada.



Prontuário
933384



Atendimento
2269592



Reserva/Guia

AMBULATORIO

Data 25/12/2017 Hora 07:23

Código CNS
898003491998045

Paciente
ERIVALDO JOAO DA SILVA [CPF:]

Sexo Est. Civil

M Casado

Dt Nasc.

25/04/1981

Telefone

914749198

R.G.

6146238

P.G.

Endereço
URUBU
Bairro

Num. Complemento

Cidade
ALCANTIL

UF
PB

Nome da Mãe
MARLI MARIA DA SILVA

Responsável
ERIVALDO JOAO DA SILVA
Bairro

Endereço
URUBU
Cidade
ALCANTIL

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

Procedimento

Setor
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO

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

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

Cid D Atanásia

Origem

COMISSÃO DE ARQUIVO
Dr. Marluce Dr. Italo César Dr. Luciano Holanda

Cep 59460000 Telefone

Enf. A. Mezza

Data

1/2018

Atendente - SOCORRO

Data alta 29/12/17
08:00

Resumo de Tratamento

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

Internação anterior? [] Sim [] Não Hora admissão

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

Diagnóstico:

Internação:

Crat - dor de dor no antebraço. 5521

Definitivo:

O mesmo. 4399

Histórico:

Vizinha de Garcia 0408020415

ORTSESE/PROTESE

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

Raio X:
[] Simples
[] C/Contraste

Uti
Entrada _____ / _____
Saída _____ / _____ / _____

LUCIANO GUEDES BORGES
CRM 3451-TEOT 5922

Dr. LUCIANO GUEDES BORGES CRM 3451-TEOT 5922
Câmara de Assinatura do Médico

Motivo

Caract. Trat. []

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

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 28/12/2017
anterior

ARUANA SEGURU

22 MAR 2018



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: EPIVALDO SOUZA DA SILVA

Endereço: R. Nossa Senhora da Conceição Cidade: SANTA CRUZ UF: PE

Sexo: F() M() - Estado Civil: Casado Etnia: () Branco () Negr() Pardo
() Amarelo

Profissão: Autônomo RG: 6146.238 CPF: 041.848.581-94

SUS: _____ Data Nasc.: 25/09/1981

Fone: 9459-8022 81-

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

StO2 97 % HGT: 152 mg/dL - Peso: _____ kg - Altura: _____

Queixa

inicial: ACIDENTE DE MOTO, PRESENTANDO FRACTURA EM

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

Outros: VIA PÚBLICA

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

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

Detalhes: _____

Doenças pré-existentes: _____

Antecedentes

Familiares: _____

Tabagista? Sim() Não() Há quanto tempo? _____

Etilista? Sim() Não() Qual frequência? _____

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

Quais? _____

Alérgico? Sim() Não() A que? Diazepam

Já esteve internado antes? Sim() Não() Motivo? _____

Conduta: Removido para Sume

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Sandra Ferreira
Estagiária
CORESP 194.658

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

BRUNA DA SILVA

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

FRAT DE PATES.

DATA:

28/12/17

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

<i>00 Diclofenac</i>	
<i>00 Op. Desso 1000</i>	20
<i>00 Ch. fulgurante - 01g EV</i>	20/20
<i>01 Voltaren 75 - 01g</i>	
<i>01 Paracetamol 500</i>	20

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

*6/7/17/17 100 mg - 1/1 10m 540238, EV em Novo - 21:30
tor, esq*

Dr. Adriano Soeche
CLINICA MEDICA
CRM PE 10.508

EVOLUÇÃO MÉDICA

OPERAÇÃO TOR. PES DE PATES. 01

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

23/12/17 FITA 1000281912A7

ARUANA SEGUROS

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

22 MAR 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: **Ornaldo** IDADE:
ALT: **emergência** LEITO: **701** MÉDICO: **Luizão Guedes**

DATA: **25/12/17**

MANHÃ

Paciente admitido para tratamento
em urgência, consciente e orientado, segue sem
queixa. Afibril, normotensa, aceita dieta, durezas esponta-
nea, aguarda procedimento emergencial sem queixas
ao momento, deixa dieta 24h após, fato evita-
do e controles segue em observação.

Lima
Lima
25/12/17
07:45

TARDE

Paciente estável consciente, orientado, em ambiente
afibril, normotensa, aceita dieta, durezas espon-
tanea, aguarda procedimento emergencial sem queixas
ao momento, deixa dieta 24h após, fato evita-
do e controles segue em observação.

Júlia

NOITE

Paciente estável e em estudo geral estabil-
izado conforme prescrição médica. Foi
realizado exame e contatos.

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

Marina Lima Sifre
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-PB 06717
C. BRONDE PB

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Enredo Joao da Silva* IDADE:
ALA: *Clínica* LEITO: MÉDICO:

DATA: *26/12/19*

MANHÃ

paciente evoluiu mantendo quadro estável, febre
comissile e dilatado, dilatado presente espontânea
dieta zero p/ procedimento cirúrgico. Segue a descrição
da enfermagem. *Juçata Silva*
COREN 246278

TARDE

Paciente evoluiu estando consciente, orientado
senso muito baixo e p/ o período SSVV. encontra-se
afebril, eupneico, em venóclisis com aero profunda
clausi espontânea, aero cuta oral. segue aguardando
do procedimento cirúrgico.

Juçata Andrade de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN 246278

NOITE

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Erivaldo José da Silva
ALA: Imigrante LEITO: 70-2 MÉDICO

IDEAS:

DATA: 27 / 12 / 14

MANHÃ

Paciente evoluiu estável consentindo orientado
sem amnosiase de procura de MSF e pânico
apontou normóticos, segue med com aguardo
procedimento cirúrgico e/ou amontou febre
após 12:00. neste segue ad condicões da
evolução febre.

Eliane da Silva Porto
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN 521979

TARDE

Peciente mostró o grades atonía cerebral e
sintomas de embolia, com fratura no lomo
lumbar e morte do plororhino, ~~oculorhino~~ a diante
dela, diurese espontanea, gabin e vermatorre,
refra med opac.

Fabiana Dantas
IFC de Esteira
COBEN 50319

NOITE

NOITE Paciente evolui consciente orientado operário
normotônico eupneico sem queixa sem intercorrências.
Operado 5500 m.c.p.m segue as cuidados de
intubação e conduta médica.

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

~~Andrea Rangel da Cruz
Física Farmacêutica
C00461 908 492~~

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: <i>Guilherme</i>	IDADE:	
ALA: <i>anexo</i>	LEITO: <i>682</i>	MÉDICO:

DATA: *28/12/18*

MANHÃ

Paciente aguardando realizar exames a torax, segue sem queixa, mas a seguir aos enunciados da enfermeira

OK

TARDE

NOITE

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Ornaldo

IDADE:

ALA:

Ana

LEITO: 687

MÉDICO:

DATA: *29/12/17*

MANHÃ

Pac. t. recebeu altos frigotels

AB
Assinatura

TARDE

NOITE

ARUANA SEGUROS
22 MAR-2018

PACIENTE:	Enivado da Silvei		
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	16/12/17	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	Dr Luciano Guedes		
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:		
ANESTESISTA:	Dr Vantos		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Gastr - descolamento antec. do		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Ressecção de Antec. do		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATHOLOGIA:			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

- ① Acessos Anteriores da fáscia do abd.
- ② Colocação de curva
- ③ Preparo por um elevador
- ④ Reduzir circunferência
- ⑤ Sutura de pele
- ⑥ Curvatura

Dr. LUCIANO Guedes
CRM-SP 13.24488-3423

ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018

PACIENTE: *Carvalho José da Silva*

CONVÉNIO: *Sus*

DATA: *28/12/17*

CIRURGIA: *trat cirur de fratura de ante braço*

CIRURGIÃO: *Dr. Luciano Guedes*

AUXILIAR:

ANESTESISTA: *Dr. Vanessa*

CIRCULANTE: *Edilvania Gravato* MARCOSA - 04

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	06
28819	RANITIDINA	
2070	ATROFOPINA	03
2020	DIPIRONA	
70181	PROSTIGMINE	03
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	EUROSEMIDA	
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	
	PSICOTRÓPICOS	
73210	TRAMAL	
46850	FENO BARBITAL	
8885	DIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
	ANESTÉSICOS	
26233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
12031	PROPOFOL	02
3042	FENTANIL	01
0548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
18872	SEVORANO	50ml
1780	ISOFLURANO	
1958	TIOPENTAL	
160	NEOCAINA 0,5% C/V	
0750	NEOCAINA 0,5% S/V	
024	NILPERIDOL	
212	ETOMIDATO	

SUS

PRONTUÁRIO: 933384 / 2269592

CIRURGIA: *trat cirur de fratura de ante braço*

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	01
1996	NEOCAINA PESADA	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
40x12	AGULHA RAQUI N°	
25x28	DRENO PENROSE N°	
40x12	DRENO TÓRAX N°	
40x12	AGULHA PERIDURAL N°	
2356	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
138096	ESCOVA DESCARTÁVEL	03
22381	CATETER URINA FECHADO	
27880	CATETER URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPORE LARGO	100cm
3379	MICROPORE FINO	
2259	JELCO N° 18	01
9113	LÂMINA BISTURI N° 24	01
2259	DRENO SUCÇÃO N°	
9113	ALGODÃO HIDRÓFILO	03 bol
3700	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
3700	ATADURA GESSADA	
3689	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 10cc	04
3697	SERINGA DE 05cc	
341797	SERINGA DE 20cc	05
3735	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
4081	SERINGA DE 01cc	
4081	SCALPS N°	
4081	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
4081	SONDA NELATON N° 14	01
2615	SONDA RETAL	
3468	ESPARADRAPO	100cm
20117	INTRA-CATH	
60917	FITA GLICEMIA	
60917	GILLET	01
60917	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 75	01
60917	ATADURA CREPOM N° 6cm	02
40126	GNEDEL N°	
3522	LUVAS 7.5	01
3522	LUVAS 8.0	01
149870	LUVAS 8.5	
3425	SONDA NSG	
2500	GELFOAN	
3549	GAZES 75x75	20 pares
3417	LUVA PROCEDIMENTO	10 pares
53937	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

HORÁRIO: INÍCIO: 16:00 FINAL 17:00

CÓD.	FIOS	QUANT.
214	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
	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	ÁLCOOL	100ml
2631	ÉTER	
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	100ml
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA 10% 100ml	

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
AR COMPRISSADO		
OXIGÊNIO	2L	60 mint
OXIDO NITROSO		
VÁCUO		
NITROGÊNIO		
APARELHOS		
BISTURI ELÉTRICOS		
CAPNOGRAFO	60 mint	
MICROSCÓPICO CIRÚRGICO		
MONITOR CARDIÁCO	60 mint	
OXÍMETRO DE PULSO	80 mint	
ASPIRADOR ELÉTRICO		

CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	04
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	HISOCHEL	
	MANITOL	

CÓD.	OUTROS	QUANT.
	0 Gute	01
	filtro umidificador	01
	atrocure	01
	algodão ortopédico	02
	placa de 7 pares	6 pares
	parafuso cortical	10
	ARUANA SEGURA	

22 MAR 2018

NOME: ERIVALDO JOÃO DA SILVA APTO: 68-2
 CONVÊNIO: 205 IDADE: 55 SEXO: M F
 NÚMERO DA CARTEIRA: INÍCIO: 16:00
 GUIA DE INTERNAÇÃO: TERMINO: 17:00
 SENHA: HORÁRIO ESPECIAL: SIM NÃO
 DATA DE NASCIMENTO:

CIRURGIA
 ELETIVA URGÊNCIA
 AMBULATORIAL
 ESTADO FÍSICO (ASA)
 I II III IV V
 DATA: 28, 12, 14

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de antebraço D

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

Dr. Luciano Guadalupe

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

Equipe Anestesiológica

Dr. Jamilia Oliveira

Instrumentador(a)

Júlia

Procedimentos Realizados:

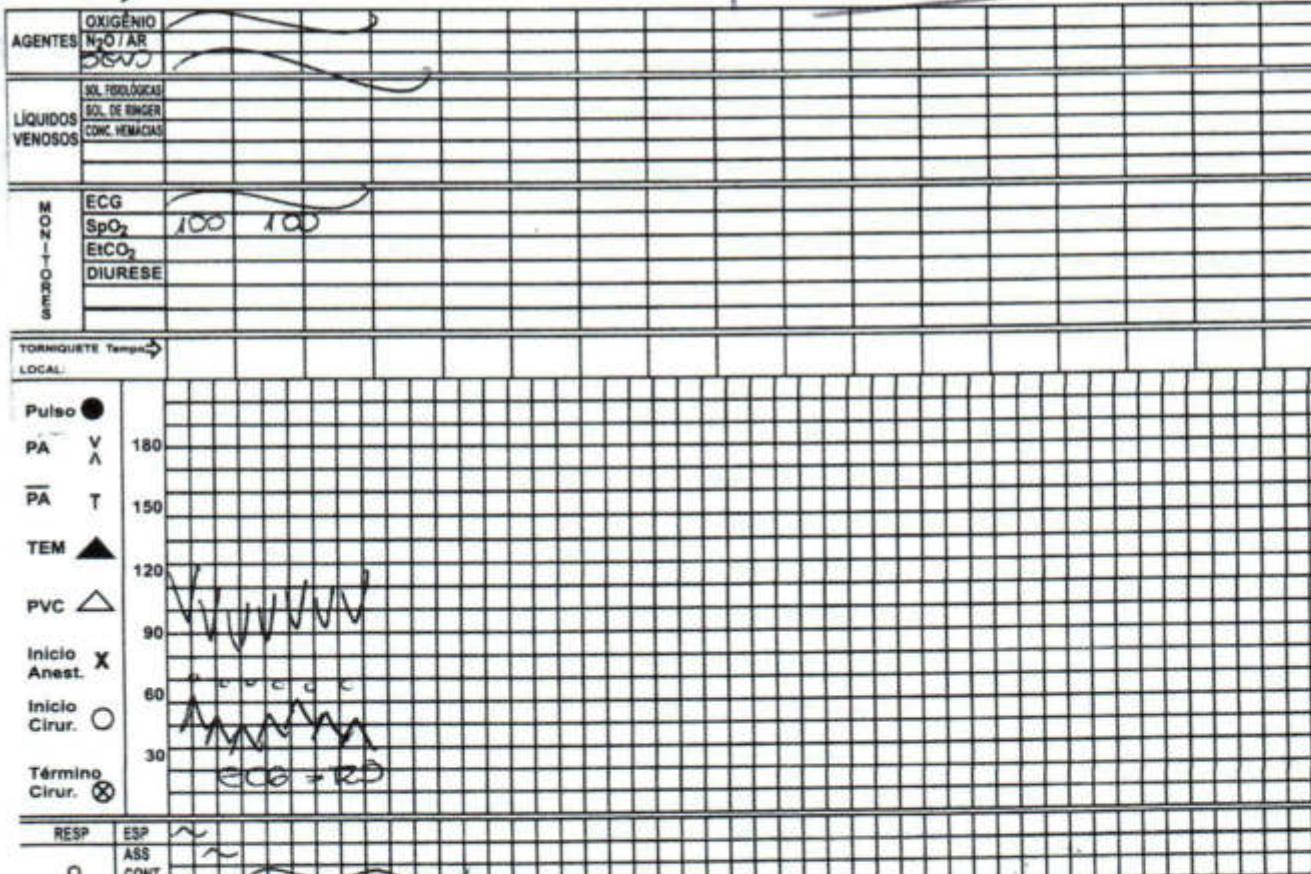
Intubação de antebraço D

Códigos

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

Horário →



ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018

Oral

INDUÇÃO	INTUBAÇÃO TUBO N°	ANESTESIA REGIONAL	ANESTESIA REGIONAL	PUNÇÃO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS			
<input type="checkbox"/> Inalatória	<u>80</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> P Braço/Cervical	<input type="checkbox"/> Aspirador	<input type="checkbox"/> Barba		
<input checked="" type="checkbox"/> Venosa		<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Raquianestesia	<input type="checkbox"/> Supraclavicular	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> BIS		
<input checked="" type="checkbox"/> Inalatória		<input checked="" type="checkbox"/> C/Balão	<input type="checkbox"/> Epidural Sacra	<input checked="" type="checkbox"/> Interescafénico	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Pa Invasiva		
		<input type="checkbox"/> S/Balão	<input type="checkbox"/> N. Perférico	<input checked="" type="checkbox"/> Axilar	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F

Adre
Atrop
Bext
Bupiv
Bupiv
Bupiv
Cipro
Clexa
Decac
Dipiro
Dipriv
Dipriv
Dobut
Dormi
Efedri
Esmer
Fenta
Flagyl
Foran
Halot
Hidro
Hypn
Kefaz
Keflin
Ketaz
Lasix
Lique
Metho
Morfir
Narca
Napor
Nimbi
Niprid
Norad
Norcu
Ocitoc
Pavul
Piasil
Profes
Prosti
Quelic
Rapfe
Reviv
Sevor
Sufen
Tilitil
Taciru
Ultiva
Vallun
Xyloc
Xylon
Xyloc
Zofrat
Áqua
Áqua
S. Fisi
S. Glic
S. de I
C. Her
Plasm
Oxigé
N₂O (I
Ar Me
CO₂ (L
MAT
Aque
Aguilh
Aguilh
Riguth
Cai S
Catech
Catech
Catech
Eletro
Equip
Equip
Filtro
Pacumulato

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



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,68	milh/mm ³ 3,90 a 6,70
Hemoglobina	14,6	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematórito	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	/mm ³ 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	/mm ³ 140.000 - 450.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	

Metodo: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80

Material: SANGUE TOTAL

ARUANA SEGURU

22 MAR 2018

Dra. Talita Nunes Cardoso
 FARMACEUTICA / BIOQUIMICA
 CRF - PB 4096

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: 0800 2102 5577 0800 2102 5555 0800 988310102

UNIDADE CENTRO	UNIDADE CATOLE	UNIDADE PRATA	UNIDADE CATINGUEIRA	UNIDADE JOÃO XXIII
• Rua Sandra Barbosa, 01	• Av. Vigário Góis, 877	• Rua Rodrigues Alves, 1049	• R. Severino Sezefredo de Almeida, 17	• Rua Niló Peçanha, 83 - Prata
UNIDADE INTEGRAÇÃO	UNIDADE CRUZEIRO	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO	UNIDADE QUEIMADAS	UNIDADE ANTONIO TARGINO
• Rua Sebastião Donato, 25	• Av. Almirante Barroso, 1493	• Rua Campos Sales, 463	• Rua João Barbosa Silva, 77	• R. Deltinho Gouveia, 349 - Cenáculo

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. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo 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: Wolnei

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 RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO

CONTROL=FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO COM OSTEOSSÍNTSE

DATA 25 / 12 / 17

Rosângela
COPIM
1503
MÉDICO
R. 22
SANTO

ARUANA SEGUROS

22 MAR 2018



Paciente:

CAURO MEXCO

O paciente EMILIANO JÚLIO DA SILVA, vítima de acidente de moto no dia 21.12.2017, sofreu fratura em ANTE-
BRAGO direito e foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação de fratura com PLACAS e PARAFUSOS, evitando-se etapas de condicionamento de exercícios profissionais
antes de existentes, seu percentual de recuperação é de 125-60% ± 50%.

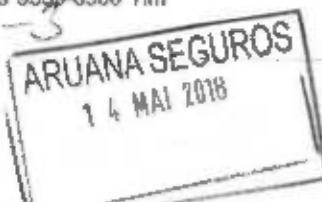
Assinatura

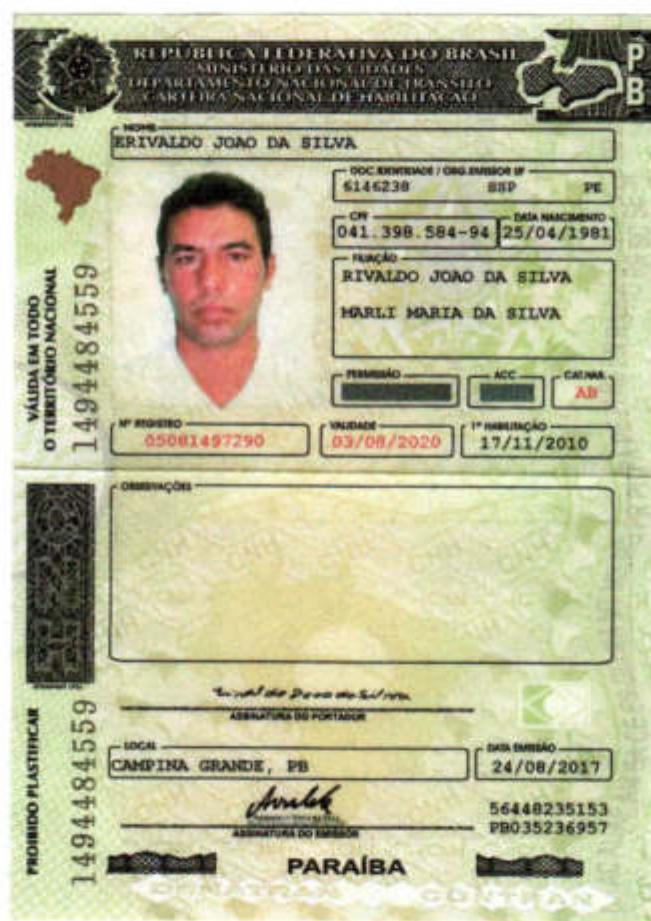
Data:

25.04.18

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

CEP 552-42-556-3





ARUANA SEGUROS
22 MAR 2018



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

NAME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4810369 SSP PE

CPF
945.234.444-04 DATA NASCIMENTO
26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMAELE FERREIRA DE MOURA

PERMISSÃO
SUSPENSÃO
VALIDADE
08/04/2022

ACC
CAT. HAB.
B
1^ª HABILITAÇÃO
17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes.

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SURUBIM - PE DATA EMISSÃO
10/04/2017

Charlet Andrade Souza Ribeiro
Charlet Andrade Souza Ribeiro
Diretor, Presidência

ASSINATURA DO EMISSOR

53286755000
FE078665272

PERNAMBUCO

ARUANA SEGURO
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

Conduita 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "John Doe".

**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. Nexo 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
() 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