



Número: **0061109-51.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERIVALDO JOAO DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55406075	12/12/2019 09:35	2558713_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 34ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00611095120188172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERIVALDO JOAO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Após pedido administrativo, a ré efetuou o pagamento no importe de R\$1.687,50 à autora, sendo apurada lesão no punho direito com repercussão média (50%):



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA		 Administradora de Seguro DPVAT		
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

Ocorre que após realizada perícia médica, o ilustre perito apurou lesão no membro superior direito com graduação em 50%, todavia, não esclareceu a razão pela qual a lesão se estendeu do punho para todo o membro superior direito.

Desta forma, a ré impugna o laudo pericial acostado aos autos para que o *expert* esclareça em qual região se encontra a lesão decorrente do acidente sofrido pela parte autora, bem como, para graduá-la na forma estabelecida na tabela de quantificação exposta na lei 11.945/2009 e na Sumula 474 do STJ, tendo em vista que os documentos médicos e a perícia realizada administrativamente discorrem que a lesão do autor se encontra no punho direito e não em todo o membro superior.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 11 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0061109-51.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 34ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERIVALDO JOAO DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55406076	12/12/2019 09:35	ANEXO 1	Outros (Documento)



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 DATA DO ACIDENTE 12/12/2019 CÉPILA VITIMAL 11.115.384-1
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PROPRIETÁRIO REPRESENTANTE LEGAL ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 AV. VITIMA ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP
 Nº 100 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Centro
 CIDADE São Paulo - SP CEP 05003-000
 E-MAIL antonio.yves.cordeiro@laser.com.br

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTidão DE NASCIMENTO OU CERTidão DE PAGAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CÉPILA DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CÉPILA DO CÔNIO (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO COM O CÉPILAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSAS DO IMÓVEL ORIGINAL, ASSINADA PELA VITIMA E RELATORES DO HOSPITAL ASSISTENTE ORIGINAL, COM IMPRINTA E IDENTIFICAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BILHETE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU CARTÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO E CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTO QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (HOMEN) OU CERTidão DE NASCIMENTO OU CERTidão DE PAGAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CÉPILA DO REPRESENTANTE LEGAL (HOMEN) (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (HOMEN) (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU AUTORIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ VITANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, OU SE FOR VIÚVA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXIBIDO PELA AUTORIDADE POLÍCIA (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTidão DE NASCIMENTO OU CERTidão DE PAGAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CÉPILA DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATORES DO MÉDICO ASSISTENTE, IMPLANTANDO AS LESÕES DESCRITAS EM DECOMPOSIÇÃO HORRÍVEL E O TRATAMENTO REALIZADO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINAL E LEGÍVEL) DE DESPESAS MÉDICAS (HOSPITALARES, CLÍNICAS)
- ☒ RECETAS FISCALIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO PRECATORIO MÉDICO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO E CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTO QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (HOMEN) OU CERTidão DE NASCIMENTO OU CERTidão DE PAGAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CÉPILA DO REPRESENTANTE LEGAL (HOMEN) (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (HOMEN) (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU AUTORIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É O QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS, OU SE FOR VIÚVA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 8.194/74
- 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 10 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 1264

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
 DATA 12/12/2019 RECAPITULADO PELA SEGURADORA
 IDENTIDADE ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR DATA 12/12/2019
 ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior ASSINATURA Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior



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:

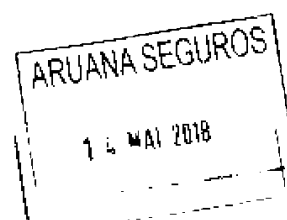
Venho perante V. S^a. esclarecer o seguinte:

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 IRREVERCIVEL,ASSIM NÃO RECEBENDO O VALOR QUE A MIM CORRESPONDIA,ESTOU A DISPOSIÇÃO PARA UMA NOVA PERICIA , 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 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, prever 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

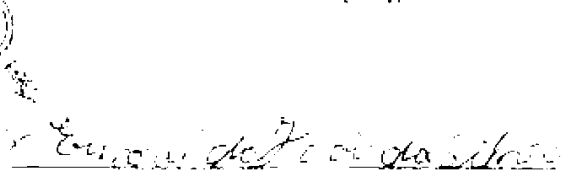
NOME ERIVALDO JOAO DA SILVA
NACIONALIDADE BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE 6.146.238 SSP-PE
ENDEREÇO RUA JOSE DA SILVA NEVES – Nº 58 – NECO ARAGÃO –
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - (PE).

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
CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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



ASSINATURA DO OUTORGANTE

ADRIANA SEGUROS
27/02/2018

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Notário Público - Santa Cruz do Capibaribe - PE



**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. Nexos 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

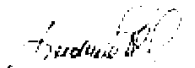
Região Corporal (Sequela):

% 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 R. Madeira
CRM 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 01107/01108 - carta_01 - INVALIDEZ

00020554



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

Pag. 01863/01984 - carta_02 - INVALIDEZ

00040992



Carta nº 12580870



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

Pag: 00433/00434 - carta_02 - INVALIDEZ

00060217



Carta nº 12647234



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 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

Pag. 01109/01110 - carta_15R - INVALIDEZ

00030555



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

Pag. 01881/01882 - carta_02 - INVALIDEZ

00060941



Carta nº 12810598



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **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**

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

Pag. 0185101952 - carta_09 - INVALIDEZ

00060976



Carta nº 12878221



**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

E obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado 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").

None completely satisfied

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

[illegible]

Considerando sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - LPVA¹ reside no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS[illegible]

CONTA POUÇANÇA - documento de identificação obrigatório para a abertura de uma poupança

BRADLEY, C. 1974. PANAMA: A CROSSLAND JOURNEY. PANAMA, 1943.

CONTA CORRENTE 2001/02 1234567890

BANCQ

AGÊNCIA
P&G

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sistema, 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, renuncio o e não pleiteio qualquer outro valor indenizatório.

224 de 1972 de 1972
CH-10 (10/10/72)

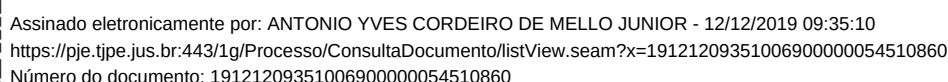
CAPITULO 15: -

2. MAP 116

Comp. 1	Asymptotic dimension
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

^a Sample size = 480 and 11% of representative Latin

1. *Environ. Biol. Fish.* 1992, 31, 1-2.





AUTO-ATENDIMENTO - AG Santa Cruz do Capibaribi
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
03/02	

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
03/02	

MOVIMENTAÇÃO

DATA	Nº. DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	---------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Janeiro

29/01	291600	SAQUE ATM	
29/01	180125	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: 0800-726 8101

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CAIXA SEGUROS

27 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 Ven. Elias Duarte, nº 360, Centro, Sumé-PB, CEP 58.540-000

Telefax (83) 3353-2308

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0119/20181. Notícia em que a
2. Reserva de direitosAssinatura
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**
Cúti(s) **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.

Notificante

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

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CPF da Vítima

047.948.354-91

Data do Acidente

12/12/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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 a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

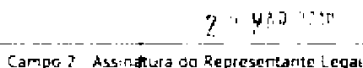
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

12/12/2019 de 09:35:10
Local e Data

LÍDER

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


2 - YVES CORDEIRO

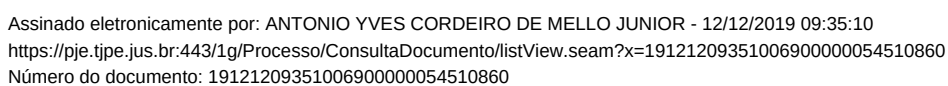
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

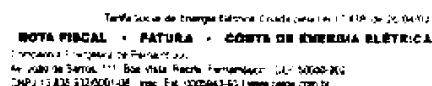
DAI 1001 V001/2017



Nalana Mayata R M Amerim
TEC ENFERMAGEM
CURSO DE 1977

7. MAR 4 1964



[illegible]

34.07

DISTRIBUIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UN.	
-------------------	------------------	--

1. <u>What is the purpose of the study?</u> 2. <u>What are the research objectives?</u> 3. <u>What is the research design?</u> 4. <u>What are the variables?</u> 5. <u>What is the sample size?</u> 6. <u>What are the data sources?</u> 7. <u>What are the data collection methods?</u> 8. <u>What are the data analysis methods?</u> 9. <u>What are the results?</u> 10. <u>What are the conclusions?</u>	1. <u>What is the purpose of the study?</u> 2. <u>What are the research objectives?</u> 3. <u>What is the research design?</u> 4. <u>What are the variables?</u> 5. <u>What is the sample size?</u> 6. <u>What are the data sources?</u> 7. <u>What are the data collection methods?</u> 8. <u>What are the data analysis methods?</u> 9. <u>What are the results?</u> 10. <u>What are the conclusions?</u>	1. <u>What is the purpose of the study?</u> 2. <u>What are the research objectives?</u> 3. <u>What is the research design?</u> 4. <u>What are the variables?</u> 5. <u>What is the sample size?</u> 6. <u>What are the data sources?</u> 7. <u>What are the data collection methods?</u> 8. <u>What are the data analysis methods?</u> 9. <u>What are the results?</u> 10. <u>What are the conclusions?</u>	1. <u>What is the purpose of the study?</u> 2. <u>What are the research objectives?</u> 3. <u>What is the research design?</u> 4. <u>What are the variables?</u> 5. <u>What is the sample size?</u> 6. <u>What are the data sources?</u> 7. <u>What are the data collection methods?</u> 8. <u>What are the data analysis methods?</u> 9. <u>What are the results?</u> 10. <u>What are the conclusions?</u>
--	--	--	--

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO CERTA NOTA FISCAL

FID EXERCÍCIO	TIPO DA PUBLICAÇÃO	REPRESENTAÇÃO DO DESEMPENHO DESTA FOLHA FISCAL				VALOR COMBUST. (gr/l)
		ANTERIOR		ATUAL		
		DIAZ	LEITURA	DIAZ	LEITURA	VALOR COMBUST. (gr/l)
1977	1	1	1	1	1	1

REVENUE BY SOURCE

Year	REVENUE FROM SALES (Millions of Dollars)	REVENUE FROM SERVICES (Millions of Dollars)
1990	1,000	500
1991	1,100	550
1992	1,200	600
1993	1,300	650
1994	1,400	700

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 395–402

1. The first step is to identify the problem. In this case, the problem is that the company is not meeting its sales targets.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 101–108

Abstract



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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
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: 0800-727-0187-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 DE APRESENTAÇÃO 07/03/2018 NUMERO DA NOTA FISCAL 008094166	CONTA CONTRATO 007008475460 Nº DO CLIENTE 2011188068 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	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO AZE1.89E5.B23B.81BC.9A68.DC27.1C29.7608			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	85.00	0.88359185	58.10
Contribuição Iluminação Pública			1.98
ICMS Subvenção-COE-NF 000537006-17/12/17			1.11
Multa por atraso-NF 004147886 - 05/02/18			1.27
Juros por atraso-NF 004147886 - 05/02/18			0.02
Atualização IGPM-NF 004147886 - 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	%
58.10	25.00	14.52	58.10	0.62	0.47	58.10	3.91
							2.27

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	1.88359000	MAR 18	100
		FEV 18	85
		JAN 18	102
		DEZ 17	163
		NOV 17	158
		OCT 17	153
		SET 17	171
		AGO 17	150
		JUL 17	185
		JUN 17	184
		MAI 17	196
		ABR 17	177
		MAR 17	190

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
HS	%
Geração de Energia	16.91 27.38
Transmissão	1.88 2.98
Distribuição (Celpe)	13.87 22.01
Energia Substituída	9.22 14.88
Tributos	11.29 18.20
TOTAL	58.18 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Q. DIAS	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO kWh
024866	CAT	05/02/2018 1025.00	07/03/2018 1119.00	30	0.0000	0.00	85.00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 08/04/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA SEMANAL	MÉDIA TRIMESTRAL
14/03/2018				
DIC-Nu de horas sem energia SANTA CRUZ DO	0.00	5.16	10.36	20.71
FC-Ao de horas sem energia CAPIBARIBE	0.00	9.10	8.86	11.20
CMSC-Duração máxima de interrupção contínua	0.00	2.94	0.00	8.00
CMSC-Duração de interrupção em dia crítico				
Linha CMSC: 13.22				
E-USD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 21.08				
Nota: Consumidor pode solicitar a reparação das interrupções (DIC, FC, CMSC e CMSC) a qualquer tempo				

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007008475460	MÊS/ANO 03/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 14/03/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores 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 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.945.411-11, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Carlos de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.535.221-14 do sinistro de DPVAT cobertura Acidente da Vítima Antonio Carlos de Jesus, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.535.221-14, 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	Número		Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CPF
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

12/12/2019 de 09:35:10 de 09:35:10
Local e Data

CARTELA SUSEP
20 MAR 2020

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

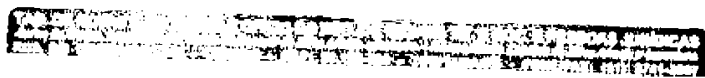
Eu, Jose Roberto DA SILVA
RG nº 684.900 data de expedição 04/10/2007
Órgão SSP portador do CPF nº 813.183.354-15 com
domicílio na cidade de Itapicuru no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da São Manoel, nº 58
complemento COR declaro sob as penas da Lei. que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luiz Carlos da Silva cujo o condutor era
Luiz Carlos da Silva

Veículo: 1100cc
Modelo: GT
Ano: 2002
Placa: PJL 504
Chassi: 81318335415
Data do Acidente: 12/12/2019
Local e Data: Itapicuru, 12/12/2019

Assinatura do Declarante

Jose Roberto DA SILVA

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



Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sef/digital

ARIANA SEGURO

27 MAR 2019



SUS  **ESTADO DO RIO GRANDE - SECRETARIA DE SAÚDE**
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2611864 CGC/CPF: 08.674.935/0001-09
 NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE ALICE DE ALMEIDA
 END.: RUA FRANCISCO DE MELO, 486
 MUNICÍPIO: SUMÉ ESTADO: PARAIBA UF: 26
 Nome: ERIVALDO JOAO DA SILVA
 Raça/Cor: PARDAS
 Dt. Nasç: 25/04/1981 Idade: 36 ano(s) mês(es) de idade: dia(s) de idade: Sexo: M
 Mãe: MARLI MARIA DA SILVA
 Profissão: AGRICULTOR Documento: RG5146238
 Endereço: RUA PEDRO NUNES Nº:
 Bairro: NETA ARAGÃO
 Município: CEPERIBE - SANTA CRUZ DO CARIBARIBE - PE 55150000 - 261250
 Telefone para contato: (31) 3353-2280 / (81) 99458-8022 CNS:
 Data e Hora: 21/12/2017 06:53:01 SSVV
 PESO: PA: TEMP.:
 ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
 1. Anamne: - Queixa de
 2. Queixa - dor no Lado
 EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)
 1. 2. 3.
 RESULTADOS
 RECEPCIONISTA: HOSPITAL

MATERIAL - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 2. 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:
 01 - 02 - 03 - 04 - 05 -
 DIAGNÓSTICO:
 CID-10:
 MEDICAÇÃO
☒ 1 - PRECISA
☒ 2 - APLICADA
☐ OBSERVAÇÃO
☒ OUTRO HOSPITAL
 ENCAMINHAMENTO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OBITO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS
 SERVIÇOS REALIZADOS, CÓDIGO / PROCEDIMENTO
 1. 2. 3.
 ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)
 ROMUALDO ANTONIO QUIRINO DE SOUSA - CRM - CNS - CBO
 6890 - 700807051495046 - 225225/225125
 ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU PEGUEIRO DIREITO
 ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO
 ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO
 REVISADO EM 03 JAN 2018
 TUDICIA Soares de Siqueira
 CPF: 034624554-15
 60849



CP 25 Placido em estado de consciência por volta das 06:30
apresentando febre, mialgia, dor de cabeça e
um estado de mal-estar. Apresenta também
dor interna abdominal e apresenta febre de 38,5°C.
Apresenta também a contusão e presença de
hematoma na região do PE no quadril esquerdo.
Só com o acompanhamento para melhor estado.

09:30

Recebido

Naiana Mayara R. M. Amorim
Téc. Enfermagem
C.R.E. 12.117





PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGO

Trabalhando com ética e transparência

Centro Municipal de Saúde

Histórico de Enfermagem

Data: 21/12/2019 Hora: 15:52

Nome do

paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: Rua Zenadir, Rua Garibaldi, SN - Centro - Congo - PE - 58.635-000 Cidade: Congo - PE UF: PE

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

Profissão: Profissional de TI RG: 12.345.678-9 CPF: 123.456.789-01

SUS: Data Nasc: 21/12/1990

Fone: 99962-9082

Sinais vitais: PA: 120/80 mmHg - FC: 70 bpm - FR: 12 lpm - T: 36.5°C -

StO2: 98% rGT: 1.2 mg/dL - Peso: 70 kg - Altura: 1.70m

Queixa

Inicial: Dor abdominal em cólica, náusea e vômito.

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

Outros: Não

Condição de chegada: Consciente, Orientado () Inconsciente () Confuso (✓) Sonolento (✓) Torporoso () Síncope () Crise Convulsiva () Perda de memória () Sedado () Intubado () Traqueostomizado () Vent. Mecânica () Máscara O2 () - Dição: Normal () Entorpecido () Barbaçada () Afasia ()

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

Detalhes: Não

Doenças pré-existentes: Hipertensão, Diabetes

Antecedentes

Familiares

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

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

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

Quais? Não

Alergico? Sim () Não (✓) A que? Não

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

Conduta: Exame físico, exames de laboratório, tratamento sintomático.

Assinatura do Paciente ou Responsável: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Responsável pelo preenchimento: JARJANA SEGUNDO

Rua Zenadir, Rua Garibaldi, SN - Centro - Congo - PE - 58.635-000 Fone: 99962-9082



44T HOSE TAIL
ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME:

A14.

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNOSTIC:

DATA

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Dr. Luciano Soares Borges
Rua S. O. 1000, 612
CEM 0451 - Fone 332

~~Dr. Adriano Paolucci~~
~~UNICA UNICA~~
~~2000 10-500~~

EVOLUÇÃO MÉDICA



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Orivaldo

IDADE:

DIAGNÓSTICO: enxergas

LEITO: 702

MÉDICO:

Luciano Guedes

DATA: 25/12/17

MANHÃ

Paciente admitido para tratamento cirúrgico, consente a cirurgia, segue sem queixa, afilável, supneica normotensa, m. e b. e segue aos cuidados da equipe.

[Assinatura]

TARDE

Paciente estável, consciente, orientado, em ambiente afilável normotensa, aceita dieta, diurese espontânea, aguarda procedimento cirúrgico sem queixas no momento, deixa dieta por 24h, feto eula do e controla segue em observação.

[Assinatura]

NOITE

Paciente estável, consciente, orientado, em ambiente afilável normotensa, aceita dieta, diurese espontânea, aguarda procedimento cirúrgico sem queixas no momento, deixa dieta por 24h, feto eula do e controla segue em observação.

ARIANA REGINA

21/12/17

[Assinatura]
Mariana Silva
TEL. DE ENFERMAGEM
COREN 1816717
C. 1816717



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Emilio do Nascimento Silva

IDADE:

SEXO: masculino

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 26/12/19

MANHÃ

Paciente evolui mantendo quadro estável, após
conduta medicamentosa, bulimia presente espontânea
alta para procedimento cirúrgico. Segue a observação
da enfermagem. Emilio Silva

TARDE

Paciente evolui satisfeito e orientado
semelhante a cada e por oferecido SSVU. encontra-se
afetivo eufórico em um estado com oeno por
classe espontânea deita deitar oral segue a seguir
do procedimento cirúrgico.

Jucata Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN 3034964

NOITE

ARJANA SEGUROS
22 MAR 2020





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Emeldo João da Silva

IDADE:

ALIA: União

LEITO: 40-2

MÉDICO:

DATA: 27/12/17

MANHÃ

Paciente evolui estável, consciente orientado
sem anormalidades / fratura de USC exposta
aberto normotensa, segue mal com agudização
procedimento cirúrgico / comorbidade que
após 1000 ml de sangue no abdômen da
expansão para

Elisângela Silva Porto
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN 621973

TARDE

Paciente mantida a quadro atual consciente e
estável deambula, com fratura no membro
inferior marcada. Plano vital, O2 saturado a dieta
oral de 1000 ml espontânea, abito normotensa,
segue mal com

Elisângela Dantas da Silva
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN 621973

NOITE

Paciente evolui consciente orientado abito
normotensa exposto sem queixa sem intercorrência
após 5500 ml p.m segue a os cuidados de
enfermagem e conduta médica

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

27/12/2017

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN 621973



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Cordeiro, Antonio

IDADE:

ALA: 501

LEITO: 682

MÉDICO:

DATA: 25/12/12

MANHÃ

Plantão realizado durante a tarde, segue sem alteração, melhora segue os cuidados da equipe

[Assinatura]

TARDE

NOITE

ADRIANA RODRIGUES

7 MAR 2013



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Cordeiro

IDADE:

RA:

Amazônia

LEITO:

687

MÉDICO:

DATA:

29.12.17

MANHÃ

Paciente recebeu alta hospitalar

✓

TARDE

NOITE

ARMANDO S. CORDEIRO

1 988 111



PACIENTE: *ERIVAN DO SILVA*
 N° DO PRONTUÁRIO: _____ N° DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: *28/12/19* I N° ELIMINARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: *Dr. Antonio Targino*
 1° AUXILIAR: _____ 2° AUXILIAR: _____
 3° AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESIA: *Dr. Antonio Targino* TIPO DE ANESTESIA: *gaseosa por via*
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Cisto do ovário direito*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *histerectomia e omentectomia*
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO EVOLUTIVO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLÓGICO NOATO: _____
 ACIDENTE DA ÁREA DE OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VEÍCULO: _____ DATA: _____ TÉCNICA: _____ DRENAGEM: _____ MÚLTIPLO: _____ EMPREGADO: _____ ASPECTO: _____ VÍDEO: _____

- 1) Anestesia com furosemida de 40mg
- 2) Descompressão das pernas
- 3) Posicionamento para o procedimento
- 4) Realização da laparoscopia e identificação
- 5) Insuflação de gás
- 6) Cistectomia

[Assinatura]

ANTONIO TARGINO
21 MAR 2020



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO

Nº 042360

PACIENTE: Carvalho Joat da Silva

CONVÊNIO: Sus

DATA: 28.12.17

CIRURGEIA

Trat cirur de fratura de ante braço

SUS 88

PRONTUÁRIO: 933384 / 2269592

CIRURGIÃO: Dr. Mauricio Guedes

AUXILIAR

ANESTESISTA: Dr. Vanessa

CIRCIANTE: Ediana Trauks Carvalho da Silva - 04

HORÁRIO: INÍCIO: 16:00 FINAL: 17:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	AGUA DESTILADA	06
28819	RANITIDINA	
2070	ATROPINA	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	TILATH 40mg	
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFAZOTINA 1g	02
70238	QUETECIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SODIO	
1910	CLORETO DE POTASSIO	
2046	GLUCOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SODIO	
2054	GLUCONATO DE CALCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	

COD.	PSICOTROPICOS	QUANT.
73210	FRAMAI	
46854	FENOBARBITAL	
8885	DIEMFAN 10mg	
3034	DIMORE 0.1mg	
3026	DIMORE 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAI	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	

COD.	ANESTESICOS	QUANT.
26233	NIMBRIUM	
2216	PANCURON	
02631	PROPOFOL	01
0442	PENTANI	01
0548	TRACUR	
1834	HALOTANO	
18872	SEVORANO	50ml
1788	ISOFLURANO	
0958	TIOPENTAL	
160	NEOC AINA 0.5% CA	
3750	NEOC AINA 0.5% NV	
824	NIEPERIDOL	
...	MIDATO	

COD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% NV	01
2801	LIDOCAINA 2% CA	01
1996	NEOC AINA PESADA	

COD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TORAN N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA DESCARTAVEL N°	
	ESCOVA DESCARTAVEL	
	COMPRESSAS CB...	83
	CATETER PERIDURAL N°	
	BOISA COLOSTOMIA	
2356	CATETER OXIGENIO	01
138096	COLETOR URINA FECHADO	
22381	COLETOR URINA ABERTO	
27880	ELETRODO	
59587	EQUIPO MACROGOTAS	85
2585	EQUIPO MICROGOTAS	85
2577	MICROPORE LARGO	100mm
68752	MICROPORE FINO	
3379	JELCO N° 18	01
	LAMINA BISTURI N° 24	01
	DRENO SUCCAO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03 bol.
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 0.3cc	
3689	SERINGA DE 10cc	04
3719	SERINGA DE 0.5cc	
3697	SERINGA DE 20cc	05
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Largo)	
3735	SERINGA DE 0.1cc	
	SCALPIS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	SONDA NELATON N° 16	01
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	100cm
3468	INTRA-CATH	
28117	FITA GLICEMIA	
60917	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 35	01
	ATADURA CREPON N°	02
	GNEDFI N°	
40126	LUVAS 7.5	81
3522	LUVAS 8.5	
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2580	GAZES 75x75	30 bot
3549	LUVA PROCEDIMENTO	15 pares
3417	GEI CONDUCTOR	
31937	SURGICAL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

COD.	TIPOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	FTHIBOND 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	

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL	100ml
2631	ETER	
3611	PVP TÓPICO	
3603	PVP DEGERMANTE	100ml
2330	AGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	100ml

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGENIO	2L 60mint
	OXIDO NITROSO	
	VACUO	
	NITROGENIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	60 mint
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDIACO	60 mint
	OXÍMETRO DE PULSO	80 mint
	ASPIRADOR ELÉTRICO	

COD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	04
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	HISX EL	
	MANITOL	

COD.	OUTROS	QUANT.
	0.9% Glicose	01
	filtro de modificação	01
	atracurio	01
	algodão ortopédico	02
	placa de 4 furos	
	6 furos	
	parafuso vertical	10
	AR JAW SEC	



NOME: ERIVALDO JOÃO DA SILVA APTO: 68.2
CONVÊNIO: SUS IDADE: --- SEXO: ☒ M ☐ F
INÍCIO: 16.00
NÚMERO DA CARTEIRA: ---
GUIA DE INTERNAÇÃO: ---
SENHA: ---
DATA DE NASCIMENTO: ---
TERMINO: 17.30
HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO
ESTADO FÍSICO (ASA): I
DATA: 28.12.17

Adren
Altop
Bextr
Bupiv
Bupiv
Bupiv
Cipro
Cless
Decar
Dipiro
Dipriv
Dipriv
Dobul
Dorm
Efedn
Ema
Fenta
Flagyl
Foran
Halot
Midro
Mypri
Kafaz
Kafin
Kafaz
Lact
Lique
Metho
Morfir
Narco
Napri
Nambi
Niprid
Norad
Norcu
Octo
Pavul
Pisail
Profes
Proab
Queti
Raple
Reviv
Sevor
Sufen
Tigall
Tactru
Ultiva
Valium
Xyloc
Xyloc
Xyloc
Zofras
Agua
Agua
S. Fis
S. Glu
S. de
C. Har
Plasm
Oxig
N2O (I
Ar Me
Co2 (I
MAT

Diagnóstico Pre-Operatório: Fígado de tamanho D
1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1ª/2ª/3ª Auxiliares): Dr. Luciano Holanda
2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1ª/2ª/3ª Auxiliares): ---
Equipe Anestesiológica: Dr. Luciano Holanda
Instrumentador(a): ---
Procedimentos Realizados: Abertura de incisão D
Códigos: ---

Horário →
AGENTES: ---
LÍQUIDOS VENOSOS: ---
ECG: ---
SpO₂: 100 100
EICO₂: ---
DIURESE: ---

TRANQUILIZANTE: ---
LOCAL: ---
Pulso: ---
PA: ---
TEM: ---
PVC: ---
Início Anest: ---
Início Cirur: ---
Termo Cirur: ---
RESP: ---
ESP: ---
ASS: ---
CON: ---

INDUÇÃO: ---
MANUTENÇÃO: ---
ANESTESIA REGIONAL: ---
ANESTESIA REGIONAL: ---
FUNÇÃO: ---
EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: ---

Adren
Altop
Bextr
Bupiv
Bupiv
Bupiv
Cipro
Cless
Decar
Dipiro
Dipriv
Dipriv
Dobul
Dorm
Efedn
Ema
Fenta
Flagyl
Foran
Halot
Midro
Mypri
Kafaz
Kafin
Kafaz
Lact
Lique
Metho
Morfir
Narco
Napri
Nambi
Niprid
Norad
Norcu
Octo
Pavul
Pisail
Profes
Proab
Queti
Raple
Reviv
Sevor
Sufen
Tigall
Tactru
Ultiva
Valium
Xyloc
Xyloc
Xyloc
Zofras
Agua
Agua
S. Fis
S. Glu
S. de
C. Har
Plasm
Oxig
N2O (I
Ar Me
Co2 (I
MAT
Aque
Agul
Agul
Agul
Car S
Cate
Cate
Cate
Cate
Elet
Equip
Equip
Filtro





PROSANGUE
diagnostico

CONFIDENTIAL

Série Vermelha: Normocitose, Normocromia.

Leucócitos	7194	/mm ³	3800	12000
Neutrófilos	0	0	20	8000
Segmentados	55	3957	45	32000
Eosinófilos	12	863	10	7000
Basófilos	0	0	0	0
Linfócitos	26	1870	10	7000
Linfócitos reativos	0	0	0	0
Monócitos	7	504	10	7000

PLAQUETAS	182000	/mm3	141.000	450.000
-----------	--------	------	---------	---------

Série Plaque: Arian: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

© 1999 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 245: 105–112

TABLE 1

2000

Box 1. Tumor Names Carded

UNIDADE 1: INTRODUÇÃO 1 UNIDADE 2: O LINGUAGEM 2 UNIDADE 3: A LINGUAGEM 3 UNIDADE 4: O LINGUAGEM 4 UNIDADE 5: O LINGUAGEM 5 UNIDADE 6: O LINGUAGEM 6 UNIDADE 7: O LINGUAGEM 7 UNIDADE 8: O LINGUAGEM 8 UNIDADE 9: O LINGUAGEM 9 UNIDADE 10: O LINGUAGEM 10 UNIDADE 11: O LINGUAGEM 11 UNIDADE 12: O LINGUAGEM 12 UNIDADE 13: O LINGUAGEM 13 UNIDADE 14: O LINGUAGEM 14 UNIDADE 15: O LINGUAGEM 15 UNIDADE 16: O LINGUAGEM 16 UNIDADE 17: O LINGUAGEM 17 UNIDADE 18: O LINGUAGEM 18 UNIDADE 19: O LINGUAGEM 19 UNIDADE 20: O LINGUAGEM 20 UNIDADE 21: O LINGUAGEM 21 UNIDADE 22: O LINGUAGEM 22 UNIDADE 23: O LINGUAGEM 23 UNIDADE 24: O LINGUAGEM 24 UNIDADE 25: O LINGUAGEM 25 UNIDADE 26: O LINGUAGEM 26 UNIDADE 27: O LINGUAGEM 27 UNIDADE 28: O LINGUAGEM 28 UNIDADE 29: O LINGUAGEM 29 UNIDADE 30: O LINGUAGEM 30 UNIDADE 31: O LINGUAGEM 31 UNIDADE 32: O LINGUAGEM 32 UNIDADE 33: O LINGUAGEM 33 UNIDADE 34: O LINGUAGEM 34 UNIDADE 35: O LINGUAGEM 35 UNIDADE 36: O LINGUAGEM 36 UNIDADE 37: O LINGUAGEM 37 UNIDADE 38: O LINGUAGEM 38 UNIDADE 39: O LINGUAGEM 39 UNIDADE 40: O LINGUAGEM 40 UNIDADE 41: O LINGUAGEM 41 UNIDADE 42: O LINGUAGEM 42 UNIDADE 43: O LINGUAGEM 43 UNIDADE 44: O LINGUAGEM 44 UNIDADE 45: O LINGUAGEM 45 UNIDADE 46: O LINGUAGEM 46 UNIDADE 47: O LINGUAGEM 47 UNIDADE 48: O LINGUAGEM 48 UNIDADE 49: O LINGUAGEM 49 UNIDADE 50: O LINGUAGEM 50 UNIDADE 51: O LINGUAGEM 51 UNIDADE 52: O LINGUAGEM 52 UNIDADE 53: O LINGUAGEM 53 UNIDADE 54: O LINGUAGEM 54 UNIDADE 55: O LINGUAGEM 55 UNIDADE 56: O LINGUAGEM 56 UNIDADE 57: O LINGUAGEM 57 UNIDADE 58: O LINGUAGEM 58 UNIDADE 59: O LINGUAGEM 59 UNIDADE 60: O LINGUAGEM 60 UNIDADE 61: O LINGUAGEM 61 UNIDADE 62: O LINGUAGEM 62 UNIDADE 63: O LINGUAGEM 63 UNIDADE 64: O LINGUAGEM 64 UNIDADE 65: O LINGUAGEM 65 UNIDADE 66: O LINGUAGEM 66 UNIDADE 67: O LINGUAGEM 67 UNIDADE 68: O LINGUAGEM 68 UNIDADE 69: O LINGUAGEM 69 UNIDADE 70: O LINGUAGEM 70 UNIDADE 71: O LINGUAGEM 71 UNIDADE 72: O LINGUAGEM 72 UNIDADE 73: O LINGUAGEM 73 UNIDADE 74: O LINGUAGEM 74 UNIDADE 75: O LINGUAGEM 75 UNIDADE 76: O LINGUAGEM 76 UNIDADE 77: O LINGUAGEM 77 UNIDADE 78: O LINGUAGEM 78 UNIDADE 79: O LINGUAGEM 79 UNIDADE 80: O LINGUAGEM 80 UNIDADE 81: O LINGUAGEM 81 UNIDADE 82: O LINGUAGEM 82 UNIDADE 83: O LINGUAGEM 83 UNIDADE 84: O LINGUAGEM 84 UNIDADE 85: O LINGUAGEM 85 UNIDADE 86: O LINGUAGEM 86 UNIDADE 87: O LINGUAGEM 87 UNIDADE 88: O LINGUAGEM 88 UNIDADE 89: O LINGUAGEM 89 UNIDADE 90: O LINGUAGEM 90 UNIDADE 91: O LINGUAGEM 91 UNIDADE 92: O LINGUAGEM 92 UNIDADE 93: O LINGUAGEM 93 UNIDADE 94: O LINGUAGEM 94 UNIDADE 95: O LINGUAGEM 95 UNIDADE 96: O LINGUAGEM 96 UNIDADE 97: O LINGUAGEM 97 UNIDADE 98: O LINGUAGEM 98 UNIDADE 99: O LINGUAGEM 99 UNIDADE 100: O LINGUAGEM 100

⁷ *idem* — *estados puros* del *influenza* por *medicamentos*, *estados biológicos*, *los 4* *estados*. *Además* *del* *medico* *son* *condiciones* *de* *interacción* *del* *medico*.

CONTROLE DE QUALIDADE - 5SPC
 Estrutura de controle para monitorar o processo

Control 

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/12/2019 09:35:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121209351006900000054510860>
 Número do documento: 19121209351006900000054510860

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, com o fornecimento das 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. Foi 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, cujas manobras, 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 ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daquele inicialmente proposto.
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 concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assumindo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____
Campina Grande, _____ de _____ de _____

Artigo de Ética Médica nº 22: "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. 24º: "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, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal".

ASSINADA SEGURO

27 MAR 2019



LAUDO RADIOLOGICO

INDICAÇÃO: FRACTURA DO OSSOS DO ANTEBRACO

CONDIÇÃO: FRACTURA DO OSSOS DO ANTEBRACO COM DESALINHAMENTO

DATA 25 / 12 / 2017

Resale
MEDICO
25/12/2017
Rosa

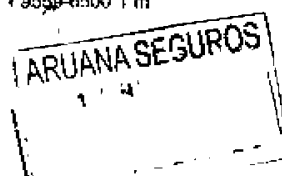
CARLIANA SEGUROS
27 MAR 2018





I have been thinking of you
 and wondering how you are getting on.
 I hope you are well and happy.
 I have been very busy lately,
 but I will try to write to you
 more often. I have been thinking
 of you very much. I hope you
 are well and happy. I have been
 very busy lately, but I will try
 to write to you more often. I
 have been thinking of you very
 much. I hope you are well and
 happy. I have been very busy
 lately, but I will try to write to
 you more often. I have been
 thinking of you very much. I hope
 you are well and happy. I have
 been very busy lately, but I will
 try to write to you more often.

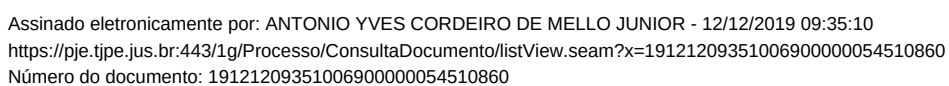
Santa Cruz, Capibar
 0550-6500 Tm



11-194484559
O YENITÖRÖS NACİONAL
VALIDA EM TODA
ODOL MIZ VALIYA

494484559
PROMIDO PLASTICAR

1 ARJANA SEC -
22 MAR 1964





VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421884961

NOME
ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES



DOC. IDENTIDADE / CÔDIGO EMISSOR / UF
4810389 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO
945.234.444-04 26/07/1974

FILIAÇÃO
JOSE GOMES DE MOURA

ISMAETE FERRIRA DE MOURA

PERMISSÃO ACC CAT HAB
PROIBIDA PROIBIDA 12

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
02378660979 00/04/2020 17/06/2002

OBSERVAÇÕES

Adriana M. Moura de A. Fernandes

ASSINATURA DO PONTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
SUMMITIM - PE 10/04/2017

[Assinatura]
Chefe de Polícia - Summitim
Dilmar F. Mendes

53284755000
22078665272

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421884961

ADRIANA SE
2 - VAB





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 406098212 ***** 2017

JOSE SILVESTRE DA SILVA

TORITAMA-PE 0 **PEU5640**

213.163.254-15

*****/PE 9C2KC1680CR417673

FAS /MOTOCICLETA **ALCO/GASOL**

HONDA/CG150 FAN ESDI **2011 2012**

2E/149CL **PARTIC** **VERMELHA**

P IPVA 2017 QUITADO 1° *****
V 2° *****
A 3° *****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA, RES LUD 03

TORITAMA 17/11/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DUPOA SUA CARGA A PESSOAS (TRANSPORTADAS LUGRAO - 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 2017 17/11/17

1 213.163.254-15 **PEU5640**

406098212 **HONDA/CG150 FAN ESDI**

2011 09 **9C2KC1680CR417673**

PRÊMIO TANTO FAZ

SEGURO PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.250.000/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

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. Nexos 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

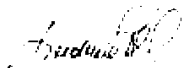
Região Corporal (Sequela):

% 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 R. Madeira
CRM 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

