



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

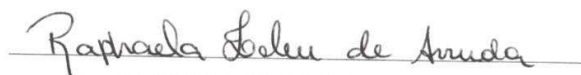
OUTORGANTE: **RAPHAELA LELEU DE ARRUDA**, brasileira, divorciada, estudante, inscrita no CPF/MF sob o nº. 076.477.984-21 e cédula de Identidade nº. 7148467-SDS/PE; endereço eletrônico: phafinha_@hotmail.com, residente e domiciliada na Rua Maria José da Silva Neves, nº. 06, Ouro Preto/Cohab, Olinda/PE, CEP 53.330-240.

OUTORGADO: **VITOR VIANA DE OLIVEIRA**, Advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 42.797, portador da carteira de identidade de nº. 1364937000 SSP-BA, inscrito no CPF nº. 101.839.054-58 com escritório Profissional estabelecido, na Avenida Argentina Castelo Branco, nº 48, sala 7, Ouro preto, CEP: 53370-540, Olinda-PE, Fone: (81) 9.9520-2817.

PODERES: A presente procuração confere ao advogado acima descrito os poderes contidos na cláusula “ad judicium”, para o foro em geral, e especialmente para propor as ações judiciais competentes, podendo, para tanto, proceder com todos os atos necessários à defesa dos direitos e interesses do seu constituinte, em qualquer foro ou instância ou onde se fizer necessário, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do (a) outorgante e para o fiel e completo desempenho deste mandato, responsabilizando-se o (a) outorgado (a) por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento, cessando todos os efeitos deste pela conclusão do negócio.

HONORÁRIOS: Como remuneração pelos serviços profissionais ora contratados, a título de honorários advocatícios, pagarei ao advogado outorgado a quantia equivalente a **30% (Trinta por cento) sobre o(s) valor(es) que venha(m) a receber ou vierem a ser depositados em meu favor em decorrência da referida ação**, inclusive em caso de acordo judicial, extrajudicial ou outra forma de composição ou de reconhecimento da pretensão pelos órgãos estatais, ficando ainda esclarecido serem devidos, independentemente da condenação em honorários de sucumbência, os quais, pelo presente acordo, pertencerão exclusivamente ao advogado outorgado.

Recife/PE, 25 de Março de 2019.


RAPHAEL LELEU DE ARRUDA

VITOR VIANA DE OLIVEIRA
Advocacia

Avenida Argentina Castelo Branco, nº 48, sala nº 7, Ouro Preto, Olinda/PE. CEP: 53370-540
Contato: (81) 9.9520-2817 (81) 9.8510-1852 (81) 3011-1793
E-mail: vitorvianaadvogado@hotmail.com





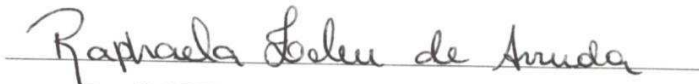
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

RAPHAELA LELEU DE ARRUDA, brasileira, divorciada, estudante, inscrita no CPF/MF sob o nº. 076.477.984-21 e cédula de Identidade nº. 7148467-SDS/PE; endereço eletrônico: phafinha@hotmail.com, residente e domiciliada na Rua Maria José da Silva Neves, nº. 06, Ouro Preto/Cohab, Olinda/PE, CEP 53.330-240, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus devidos efeitos legais.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Recife/PE, 25 de Março de 2019.


RAPHAEL LELEU DE ARRUDA

VITOR VIANA DE OLIVEIRA

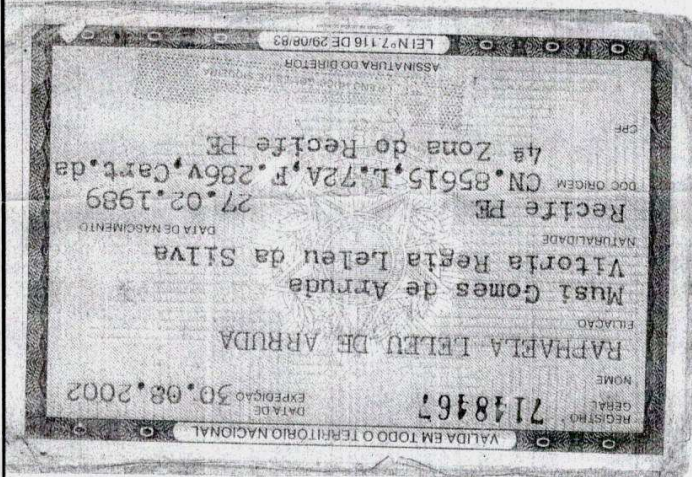
Advocacia

Avenida Argentina Castelo Branco, nº 48, sala nº 7, Ouro Preto, Olinda/PE. CEP: 53370-540

Contato: (81) 9.9520-2817 (81) 9.8510-1852 (81) 3011-1793

E-mail: vitorvianaadvogado@hotmail.com







AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190115681586

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

IVONNETTE YVANISA SILVA

MATRÍCULA:

01568158.6

01/2019-6

R PREFE MARIA JOSE S NEVES, N. 00006 - - VARADOURO OLINDA PE 53000-000

INSCRIÇÃO: 096.430.530.0268.000

GRUPO: 14

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01568158.6

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		QUANTIDADE DE ECONOMIAS							
CORTADO		LIGADO		RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO				
HIDRÔMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR		DATA LEIT. ATUAL		TIPO DE CONSUMO (A/E)					
A13U056105		09/01/2019		08/02/2019		CONS CORT /MEDIA HD					
ÁGUA				ESGOTO							
LEIT. ANT.: 495		CONSUMO: 0		LEIT. ANT.:		VOLUME: 10					
LEIT. ATUAL:		HD N LOCAL		LEIT. ATUAL:							
LEIT. FAT.: 505		ANORMALIDADE DE LEITURA		LEIT. FAT.:							
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO 12/2018 10/ 10 A E 11/2018 10/ 10 A E 10/2018 10/ 10 A E 09/2018 10/ 10 A E 08/2018 10/ 10 A E 07/2018 10/ 10 A E MÉDIA 10/ 10 A E				NÚMEROS DE AMOSTRAS							
				PARÂMETROS		EXIG. PELA PORT.		ANÁLISES		ATENDEM A	
						MS 2.914/11		REALIZADAS		LEGISLAÇÃO	
				TURBIDEZ		117		117		115	
				COR APARENTE		117		117		115	
				CLORO RESIDUAL		117		117		117	
				COLIFORMES TOTAIS		117		117		115	
				E.Coli		117		117		117	
				OBSERVAÇÕES:						(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.	
										(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.	
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.											

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

10 M3

20,65

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 01/2019

12,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	20,65	1,65	0,34
COFINS	20,65	7,60	1,57

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 33,04

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 8 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 434.78. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 06/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

01568158.6

01/2019-6

VENCIMENTO: 20/02/2019

TOTAL A PAGAR: 33,04

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: VITOR VIANA DE OLIVEIRA - 11/07/2019 15:46:37

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071115463742200000046980793

Número do documento: 19071115463742200000046980793

Atendimento: 1068151

Data e Hora: 20/11/2016 03:06

Senha da Classificação:

0016

Paciente: 264398 RAPHAELA LELEU DE ARRUDA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 27/02/1989 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: VITORIA REGIA LELEU DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: - R E1 SOLIDONIO LEITE SOB -- 7 Bairro: 7a/RO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53330230 Usuário Atendimento: TARCIANASA
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 8134931542
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Vítima de acidente automobilístico, fratura
pelo braço em punho direito + dor ant
gombos de ombro direito + dor
na base do pescoço (+) dor no
pescoço (+) dor no pescoço (+)

Exame Físico

Não há machucados nem lesões no ombro (+)
Não há pulso no punho (+) / Não há dor no pescoço
RX - Luxação anterior ombro (+) RX - fratura no pescoço

Hipótese Diagnóstico

Vítima de acidente automobilístico (Luxação anterior
ombro (+))

Conduta Terapêutica

RX ombro (+) + dor AP + PNF / Tênis AP / RAO AP

Prescrição Médica

1) Analg 100 mg + SF c, a, l. 100 ml EV / 02/12/16
2) Dipirona - 400 mg + AD EV
3) Manter o ombro (+)
4) Redução imediata Luxação ombro (+) (040801012-6)
5) Grel. RX contínuo ombro (+) (AP ventral + PNF (empuls) +
valpium) - Novo RX coluna ant + tórax

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

IMOBILIZAÇÃO

6) Redução

- Fratura de um costela
(3 mm)

- RX AP anti radi ombro - ok

- Não reduzido PNF p/ não conseguir reduzir

7) TIPIA MSE 1030206010-0



1068151

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/11/2016 03:01

Nome Paciente: RAFAELA LELEU DA ARRUDA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 27
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 20/11/2016 03:03 - 20/11/2016 03:04

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDA PELO SAMU OLINDA COM HISTORIA DE COLISAO CARRO CARRO, REFERE DOR CERVICAL, DOR EM OMBRO E, DOR EM COSTELAS

Observação:

NG ALERGIA

Imagem sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/11/2016 03:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: VITOR VIANA DE OLIVEIRA - 11/07/2019 15:46:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071115463750400000046980796>

Número do documento: 19071115463750400000046980796

Num. 47709560 - Pág. 2

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/11/2016 05:23

	Nome Paciente:	RAPHAELA LELEU DE ARRUDA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Feminino
	Idade:	27
	Senha:	0021
	Convênio:	-
	Atendimento:	
SAME:		

Período: 20/11/2016 05:27 - 20/11/2016 05:28

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CLI.MÉDICA POR TRAUMA PLANTÃO

Observação: NEGA ALERGIA-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/11/2016 05:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: VITOR VIANA DE OLIVEIRA - 11/07/2019 15:46:38

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071115463831100000046980799>

Número do documento: 19071115463831100000046980799

Num. 47709563 - Pág. 1

Atendimento: **1068160**

Senha da Classificação:

0021

Data e Hora: 20/11/2016 05:30

Paciente: **264398 RAPHAELA LELEU DE ARRUDA** Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 27/02/1989 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: VITORIA REGIA LELEU DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: - R E1 SOLIDONIO LEITE SOB -- 7 Bairro: 7a/RO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53330230 Usuário Atendimento: TARCANASA
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 8134931542
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

paciente com história de acidente automobilístico
e trauma pela queda e percução
com história de fraturas de ossos
costais. Não visualiza fraturas no RX
paciente ainda com collar cervical.

Exame Físico

AK = MV e em AIT no RX
Don a palpação de parede torácica
AK = RX em ET com BNF

Hipótese Diagnóstico

Fratura de ossos costais
Laceração de ombro

Conduta Terapêutica

NOVO RX de cervical Perfil e Torax

Prescrição Médica

Em observação pela ortopedia.
Retiro collar cervical
500mg 100ml
Dipirona - 01amp > EV. 08:37

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Dr. José Adriano
R. 2.826

Carimbo/Médico



1068160

09306

AX Torax = não visualiza fratura
da caixa costal, lig., pele
presente. "Assim" em 4 col. 10b

Dr. André A. Pereira
Médico
CRM-PR 18278

CD = Observação em 10b

Tram 5g + 54g 9. 10d. 4E + 10x5

- Plad 1g + 10g 4E + 10x8

ciente -
inacome

Sale Amade

- Dieta Linea OK!

Dr. André A. Pereira
Médico
CRM-PR 18278



Atendimento: 1068506

Senha da Classificação:

0063

Data e Hora: 21/11/2016 08:33

Paciente: 264398 RAPHAELA LELEU DE ARRUDA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 27/02/1989 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: VITORIA REGIA LELEU DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: - R E1 SOLIDONIO LEITE SOB -- 7 Bairro: 7a/RO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53330230 Usuário Atendimento: WAGNERFB
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 8134931542
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Prisão de tornozelo neste fim de semana
nas últimas horas de ontem, 21/11/16
após posição de joelhos e pernas
do 20/11/16 não costei.*

Exame Físico

*Síndrome da raiva hemorroidária
e suco.*

Hipótese Diagnóstico

*no momento, com toco por
em outro + saca*

Conduta Terapêutica

comiss (A).

Prescrição Médica

*Conduta:
→ Mobilizar M-J.
→ Injeção de Gás.*

Destino: ☒ Encaminhado ao Ambulatório

☒ Residência

Transferido:

Para:

HOU na He.

Senha:

Carimbo/Médico

UPA OLINDA
Dr. Danton Martins Filho
Trauma / Ortopedista
CRM 9335



1068506

IMOBILIZAÇÃO



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

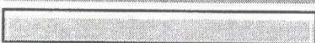
Data e hora retirada da senha: 21/11/2016 08:29

	Nome Paciente:	RAPHAELA LELEU DE ARRUDA
	Cód. Paciente:	264398
	Data de Nascimento:	27/02/1989
	Sexo:	Feminino
	Idade:	27
	Senha:	0063
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 21/11/2016 08:30 - 21/11/2016 08:31

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: LUXAÇÃO DE OMBRO D

Observação: RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/11/2016 08:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: VITOR VIANA DE OLIVEIRA - 11/07/2019 15:46:38

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907111546385880000046980803>

Número do documento: 1907111546385880000046980803

Num. 47709567 - Pág. 2



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
Nome Completo: <u>Dr. Danton Martins Filho</u> <i>UPA OLINDA Trauma / Ortopedia CRM 9836</i>	0576
CRM: _____ UF: _____ Nº _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Dr. Danton Martins Filho

Endereço: _____

Prescrição: CELEBRAS 200mg @ 10/cx
100mg / 12/12h
21/11/18

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
Assinatura do Farmacêutico Data ____/____/____	



Celebra® celecoxibe

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO

Nome comercial: Celebra®

Nome genérico: celecoxibe

APRESENTAÇÕES

Celebra® 100 mg em embalagens contendo 20 cápsulas.
Celebra® 200 mg em embalagens contendo 4, 10, 15 ou 30 cápsulas.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO: USO ORAL

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO

Cada cápsula de Celebra® 100 mg ou 200 mg contém 100 mg ou 200 mg de celecoxibe, respectivamente.

Excipientes: lactose monoidratada, povidona, estearato de magnésio, croscarmellose sódica, laurilsulfato de sódio.

II - INFORMAÇÕES AO PACIENTE

1. PARA QUE ESTE MEDICAMENTO É INDICADO?

Celebra® (celecoxibe) cápsulas é indicado para o tratamento sintomático da osteoartrite (lesão crônica das articulações ou “juntas”) e artrite reumatoide (inflamação crônica das “juntas” causada por reações autoimunes (quando o sistema de defesa do corpo ataca por engano a si próprio); alívio dos sintomas da espondilite anquilosante (doença inflamatória crônica que atinge as articulações da coluna, quadris e ombros); alívio da dor aguda, no pós-operatório de cirurgia ortopédica ou odontológica e em doenças musculoesqueléticas (como entorse do tornozelo e dor no joelho e na coxa); alívio da dismenorreia primária (cólica menstrual) e alívio da lombalgia (dor nas costas).

2. COMO ESTE MEDICAMENTO FUNCIONA?

Celebra® é um agente analgésico (promove redução da dor) e anti-inflamatório (combate a inflamação que é a reação do sistema de defesa do nosso corpo a uma agressão, que se manifesta como dor, calor, vermelhidão no local) não esteroideal (não derivado de hormônios) da classe dos inibidores específicos da enzima ciclooxigenase 2 (COX-2, enzima responsável por desencadear a inflamação). Além da inibição da COX-2, os anti-inflamatórios não esteroideais tradicionais inibem também a COX-1, o que pode aumentar os riscos de eventos adversos gastrointestinais (lesões, úlceras e sangramentos). A dor aguda é reduzida cerca de 28 minutos após tomada da dose de Celebra®, já a redução dos sintomas da osteoartrite e da artrite reumatoide é percebida em 1-2 semanas de uso da medicação.

3. QUANDO NÃO DEVO USAR ESTE

enzimas metabolizadoras CYP2C9. Comunique ao seu médico se você tiver qualquer uma dessas condições.

Celebra® deve ser descontinuado ao aparecimento de rash cutâneo (vermelhidão), lesões nas mucosas (olhos, nariz, boca) ou outros sinais de alergias. Sempre avise ao seu médico todas as medicações que você toma quando ele for prescrever uma medicação nova. O médico precisa avaliar se as medicações reagem entre si alterando a sua ação, ou da outra; isso se chama interação medicamentosa. Celebra® pode interagir com: (1) anticoagulantes (medicamentos que reduzem a coagulação sanguínea como a varfarina) aumentando o risco de sangramento; (2) anti-hipertensivos (medicações para a pressão alta) das classes dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e/ou antagonistas da angiotensina II diuréticos e beta-bloqueadores podem ter seu efeito reduzido; em pacientes idosos, com desidratação (incluindo aqueles em tratamento com diuréticos) ou com função renal comprometida, a coadministração de anti-inflamatórios, incluindo os inibidores específicos da COX-2, com inibidores da ECA, pode resultar no comprometimento da função renal, incluindo possível insuficiência renal aguda (redução aguda grave da função dos rins); (3) fluconazol (medicamento contra infecção por fungos) pode aumentar os níveis sanguíneos de Celebra®; (4) lítio (medicamento usado para doenças mentais) pode ter seu nível sanguíneo aumentado; (5) ciclosporinas medicamentos anti-inflamatórios podem aumentar o risco de toxicidade no rim associada à ciclosporina; (6) a administração concomitante de dextrometorfano (medicamento para tosse) ou metoprolol (medicamento para pressão alta) com Celebra 200 mg duas vezes ao dia resultou em aumento de 2,6 vezes e 1,5 vezes das concentrações no sangue de dextrometorfano e metoprolol, respectivamente; (7) lisinopril (medicamento para pressão alta) administrado concomitante com Celebra pode não controlar a pressão alta.

Informe ao seu médico ou cirurgião-dentista se você está fazendo uso de algum outro medicamento. Não use medicamento sem o conhecimento de seu médico. Pode ser perigoso para a sua saúde.

Atenção: Este medicamento contém Açúcar, portanto, deve ser usado com cautela em portadores de Diabetes.

5. ONDE, COMO E POR QUANTO TEMPO POSSO GUARDAR ESTE MEDICAMENTO?

Celebra® deve ser conservado em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C), protegido da luz e umidade.

Número de lote e datas de fabricação e validade: vide embalagem.

Não use medicamento com o prazo de validade vencido.

Guarde-o em sua embalagem original.

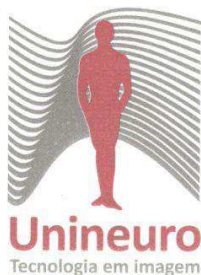
Antes de usar, observe o aspecto do medicamento. Caso ele esteja no prazo de validade e você observe alguma mudança no aspecto, consulte o farmacêutico para saber se poderá utilizá-lo.

Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance









Paciente _____: 389829 – RAPHAELA LELEU DE ARRUDA
Data _____: 29/11/2016
Nº Laudo _____: 389829
Dat. Nasc. _____: 27/02/1989

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, antes e após a administração endovenosa do meio de contraste. Previamente ao exame não foi realizada opacificação do trato gastrointestinal.

RESULTADO:

Fígado de dimensões, contorno e coeficientes de atenuação habituais.
Não há sinais de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.
Vesícula biliar sem alterações ao método.
Pâncreas com dimensões, contorno e densidade normais.
Laceração esplênica associada a líquido livre adjacente.
Adrenais de formas, densidades e dimensões normais.
Rins de contornos e dimensões normais, concentrando o meio de contraste simetricamente.
Não há sinais de dilatação pielocalicinal ou de litíase.
Ausência de imagens compatíveis com linfonodomegalias.
Aorta de calibre e contornos normais.
Bexiga com boa capacidade e contornos regulares.
Não há evidências de processo expansivo pélvico.

CONCLUSÃO:

Laceração esplênica associada a líquido livre adjacente.
Fratura de arcos costais à esquerda com derrame pleural volumoso.
Correlacionar com TC do tórax realizada nesta mesma data.

Dr Vitor Frauches | CRM 5291453-3 RJ

Visite nosso site: www.unineuroimagem.com.br para orientação sobre exames.

• Tomografia computadorizada • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria óssea • Raio X

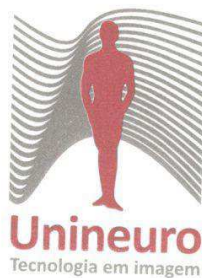
Graças:

Rua Guilherme Pinto, 100
Fone: (81) 3445.1220

Rua das Pernambucanas, 244
Fones: (81) 3040.9200 - 3040.9202

Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68
Fone: (81) 3128.5650





Paciente _____ : 389829 – RAPHAELA LELEU DE ARRUDA
Data _____ : 29/11/2016
Nº Laudo _____ : 389829
Dat. Nasc. _____ : 27/02/1989

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, com a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Volumoso derrame pleural (hemotórax) à esquerda, determinando atelectasia subtotal deste pulmão. Há fratura do quarto e do sétimo ao decimo primeiro arcos costal deste lado.

Traqueia centrada e de calibre usual.

Brônquios fontes sem alterações detectáveis.

Não há evidências de linfonodomegalia ou massas mediastinais.

CONCLUSÃO:

Volumoso derrame pleural (hemotórax) à esquerda, determinando atelectasia subtotal deste pulmão. Há fratura do quarto e do sétimo ao decimo primeiro arcos costal deste lado.

Dr Vitor Frauches | CRM 5291453-3 RJ

Visite nosso site: www.unineuroimagem.com.br para orientação sobre exames.

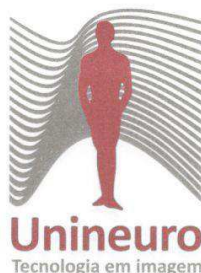
Tomografia computadorizada • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria óssea • Raio X

Rua
Guilherme Pinto, 100
(81) 3445.1220

Rua das Pernambucanas, 244
Fones: (81) 3040.9200 - 3040.9207

Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68
Fones: (81) 3128.5556





Paciente _____ : 389829-RAPHAELA LELEU DE ARRUDA
 Data _____ : 03/12/2016
 N° Laudo _____ : 2225916
 Dat. Nasc. _____ : 27/02/1989

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDÔMEN TOTAL
Relatório em caráter de urgência.

INDICAÇÃO DIAGNÓSTICA: Trauma torácico evoluindo com ruptura de baço. Tipo A.

TÉCNICAS DE EXAME:

Exame realizado através de cortes tomográficos computadorizados volumétricos multislice, com reconstruções e sem uso do meio de contraste via oral ou endovenosa, que mostrou:

COMENTÁRIOS:

Fígado tópico, de contornos, forma, dimensões e textura conservados, apresentando radiodensidade homogênea (sem contraste).
 Vesícula biliar tópica, sem evidência de cálculos no seu interior, detectáveis ao método.
 Baço dimensões normais, apresentando focos calcificações, provável natureza sequelar residual granulomatosa. Assim como, observamos áreas de laceração esplênica, comprometendo menos de 20% no seu parênquima. Assim como, existe líquido periesplênico.
 Pâncreas e adrenais sem achados relevantes (sem contraste).
 Veia cava inferior e aorta abdominal com aspecto normal.
 Não há evidências de linfonomegalias.
 Rins tópicos, de dimensões, forma e contornos conservados, sem sinais de hidronefrose ou nefrolitíase.
 Bexiga tópica, de contornos e paredes conservadas, com conteúdo homogêneo, sem falhas de enchimento em seu interior.
 Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas..
 O útero e anexos sem achados relevantes.
 Não há outros achados dignos de nota.

Exame documentado em 5 filmes.

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

INDICAÇÃO DO EXAME: TEP.

TÉCNICAS DE EXAME:

• Tomografia computadorizada • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria óssea • Raio X

Graças:

Rua Guilherme Pinto, 100
 Fone: (81) 3445.1220

Rua das Pernambucas, 244
 Fones: (81) 3040.9200 - 3040.9202

Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68
 Fone: (81) 3128.5650

mhtml:file:///C:/ProgramData/Kodak/PACS/pacs/report_browser/63616383410382032... 03/12/2016





Unineuro
Tecnologia em imagem

Exame realizado através de cortes tomográficos computadorizados volumétricos multislice, com reconstruções e com uso do meio de contraste via endovenosa, que mostrou:

COMENTÁRIOS:

Moderado derrame pleural à esquerda associado a loculações e atelectasia passiva.
Pequeno derrame pleural à direita associada atelectasia passiva.
Sinais de fratura do segundo ao décimo arcos costais à esquerda.
Não há falha de enchimento que possa sugerir tromboembolismo pulmonar.
Linfonodos calcificados hilares e de perimeio parênquima pulmonar atelectasiado lobo inferior à esquerda, de provável natureza granulomatosa sequelar.
Traquéia centrada, com calibre conservado.
Carina e brônquios fonte péricios.
Não há evidências de linfonodomegalias mediastinais, detectáveis ao método.
Estruturas vasculares mediastinais de morfologia e calibre normais.
Coração com aspecto tomográfico normal.
Não há outros achados relevantes.

Exame documentado em 4 filmes.

Juliana Lessa

Dra Juliana Lessa CRM PE - 13201

Visite nosso site: www.unineuroimagem.com.br para orientação sobre exames.

2225916

mografia computadorizada • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria óssea • Raio X

ças:

Guilherme Pinto, 100
e: (81) 3445 1220

Rua das Pernambucanas, 244
Fones: (81) 3040.9200 - 3040.9202

Rua Monsenhor Ambrosino Leite, 68
Fone: (81) 3128 5650

html:file:///C:/ProgramData/Kodak/PACS/pacs/report_browser/63616383410382032_03/12/2016

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



**SERVIÇO DE CIRURGIA
GERAL**

LAUDO DE ALTA HOSPITALAR – SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Nome: Raphaella Leleu de Arruda
Idade: 27 anos
Registro: 1036349
Data de Internamento: 29/11/2016
Data de Alta: 07/12/16

Data da Cirurgia: 30/11/16
Operador: Dr. Aroldo
1º Auxiliar: Dr. Ícaro Daniel
Tipo de anestesia: Local

Diagnóstico pré-operatório: Trauma torácico fechado e hemotórax.
Cirurgia: Drenagem Torácica em Selo d'água à esquerda
Diagnóstico pós-operatório: o mesmo
Achados cirúrgicos:

- 1- Saída de líquido citrino de espaço pleural.

História Clínica: Paciente admitido na emergência após 11 dias de acidente automobilístico com fratura de costelas esquerdas, e há 4 dias com febre, tosse e dispnéia. Em radiografia de tórax foi visto hipotransparência de todo hemitórax esquerdo sugerindo hemotórax. Foi submetida a drenagem torácica dia 30/11/16 e antibioticoterapia. Evoluiu bem após retirada do dreno, com bom estado geral e adequada aceitação de dieta, sem intercorrências e apta para alta hospitalar.

Resultado de exames:

USG torácico (29/11/16): Sugere trauma esplênico (grau4?) + hemoperitônio ; Grande derrame pleural esquerdo.

TC Abdome e Pelve (29/11/2016):

- Laceração esplênica associada a líquido livre adjacente;
- Fratura de arcos costais à esquerda com derrame pleural volumoso.

Orientações:

- Em caso de intercorrências, procurar serviço de urgência.
- Agendar retorno ao ambulatório de Fábio Granja, após 15 dias da alta hospitalar.


Medico
Recife, 07/12/16



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HELIO LIMA NOGUEIRA,
RG nº 36168685-7, data de expedição 14/04/98,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 081.149.193-53, com
domicílio na cidade de TABOÃO DOS GUARARAPES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. PRESIDENTE KENNEDY, nº 570,
complemento ANT: 1002, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAFAELA LEITE DE ARAUJO, cujo o condutor era
RUEGO ROBERTO BLANCO CORREIO

Veículo: PARTICULAR
Modelo: FIAT UNO
Ano: 2010
Placa: WPU-7026
Chassi: 9BD15802A86487090
Data do Acidente: 20/11/2018
Local e Data: TABOÃO, 27 DE SETEMBRO DE 2018

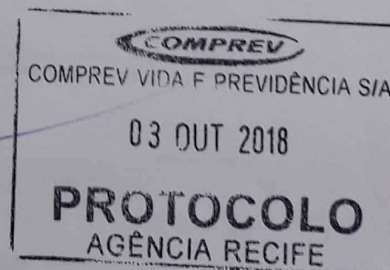
Assinatura do Declarante

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

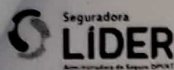
Cartório Paulo Guerra
2º Ofício de Notas da Capital

Tabellão João Dias de Andrade
R. do Imperador D. Pedro II, 390 - Sto. Antônio
Recife - PE - CEP. 50010-240 - Tel.: (81) 3797-9350

Reconheço por semelhança a firma de: HELIO LIMA NOGUEIRA
Recife, 27/09/2018 10:41:14 Op.: 45 ENELRAN BARBOSA DOS ANJOS
Enol.: 3,39 FERC: 0,40 TSNR: 0,80 ISS: 0,20 Escrevente Autorizado
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
Selo Digital: 0074906.VDI09201806.02900



Scanned by CamScanner



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

076.477.984-21

Nome completo da vítima

Rafaela Sodeu de Araujo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	RAFAELA LEU B. ARAUJO			CPF titular da conta	076.477.984-21	Profissão	NÃO INFORMADA
Endereço	R. C			Número	17	Complemento	
Bairro	OURO PRETO			Cidade	OLINDA	Estado	PE
E-mail				CEP	53330-000		
				Telefone (DDD)			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0045

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

023

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

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

RECIFE 03 de OUTUBRO de 2018

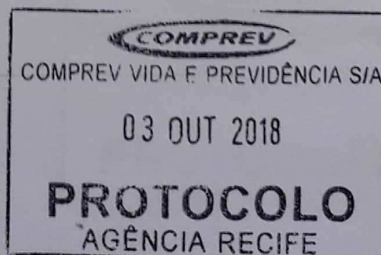
Local e Data

Rafaela Sodeu de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Scanned by CamScanner



AUTO-ATENDIMENTO - AG AV. GUARARAPES

DATA: 20/11/2017

HORA: 17:11:43

TERMINAL: 00451268

CONTROLE: 004512680658

AGÊNCIA: 0045 - AV GUARARAPES

CONTA : 023.00028430-5

CLIENTE: RAPHAELA LELEU DE ARRUDA

SALDO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

RESUMO

SALDO	0,10C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00C
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,10C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,10C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

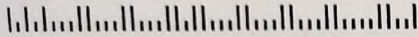
www.caixa.gov.br



Scanned by CamScanner



Todo
seu



RAPHAELA L ARRUDA
R G 17
OURO PRETO
53330-000 OLINDA - PE



1008043140242320000037343930031109

1850-606247087

Contrato Cartões Pessoa Física:

As cláusulas foram alteradas em 01.06.2009. Consulte nova minuta no www.bb.com.br ou solicite em



Scanned by CamScanner



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 interdita 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

Rafaela Soelvi de Araujo

CPF da Vítima

076.477.984-21

Data do Acidente

23/10/2016

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.

RECIFE, 03 de OUTUBRO de 2016

Local e Data

Rafaela Soelvi de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALJ.001 V001/2017



Scanned by CamScanner

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HELIO LIMA NOGUEIRA,
RG nº 36168685-7, data de expedição 14/04/98,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 081.149.193-53, com
domicílio na cidade de TABOÃO DOS GUARARAPES, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. PRESIDENTE KENNEDY, nº 570,
complemento ANT: 1002, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAPHAELA LEITE DE ARAUJO, cujo o condutor era
RUEGO ROBERTO BLANCO CORREIO

Veículo: PARTICULAR
Modelo: FIAT UNO
Ano: 2010
Placa: WPU-7026
Chassi: 9BD15802A86487090
Data do Acidente: 20/11/2018
Local e Data: TABOÃO, 27 DE SETEMBRO DE 2018

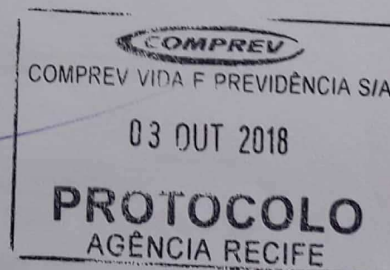
Assinatura do Declarante

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

Cartório Paulo Guerra
2º Ofício de Notas da Capital

Tabellão João Dias de Andrade
R. do Imperador D. Pedro II, 390 - Sto. Antônio
Recife - PE - CEP. 50010-240 - Tel.: (81) 3797-9350

Reconheço por semelhança a firma de: HELIO LIMA NOGUEIRA
Recife, 27/09/2018 10:41:14 Op.: 45 ENELRAN BARBOSA DOS ANJOS
Enol.: 3,39 FERC: 0,40 TSNR: 0,80 ISS: 0,20 Escrevente Autorizado
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
Selo Digital: 0074906.VDI09201806.02900



Scanned by CamScanner

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

076.477.984-21

Nome completo da vítima

Rafaela Siqueira de Almeida

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	RAFAELA SIQUEIRA DE ALMEIDA			CPF titular da conta	076.477.984-21	Profissão	NÃO INFORMADA
Endereço	R. C			Número	17	Complemento	
Bairro	OURO PRETO			Cidade	OLINDA	Estado	PE
E-mail				CEP	53330-000		
				Telefone (DDD)			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0045

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

023

000284305

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

FAPPF.001 V001/2017

RECIFE 03 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Rafaela Siqueira de Almeida

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG AV. GUARARAPES

DATA: 20/11/2017

HORA: 17:11:43

TERMINAL: 00451268

CONTROLE: 004512680658

AGÊNCIA: 0045 - AV GUARARAPES

CONTA : 023.00028430-5

CLIENTE: RAPHAELA LELEU DE ARRUDA

SALDO PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

RESUMO

SALDO	0,10C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00D
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,10C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,10C

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Scanned by CamScanner



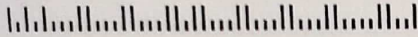
Assinado eletronicamente por: VITOR VIANA DE OLIVEIRA - 11/07/2019 15:46:39

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071115463966500000046981771>

Número do documento: 19071115463966500000046981771

Num. 47710535 - Pág. 3

Todo
seu



RAPHAELA L ARRUDA
R G 17
OURO PRETO
53330-000 OLINDA - PE



1008043140242320000037343930031109

1850-606247087

Contrato Cartões Pessoa Física:

As cláusulas foram alteradas em 01.06.2009. Consulte nova minuta no www.bb.com.br ou solicite em



Scanned by CamScanner



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 interdita 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

Rafaela Soelvi de Araujo

CPF da Vítima

076.477.984-21

Data do Acidente

23/10/2016

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.

RECIFE, 03 de OUTUBRO de 2016

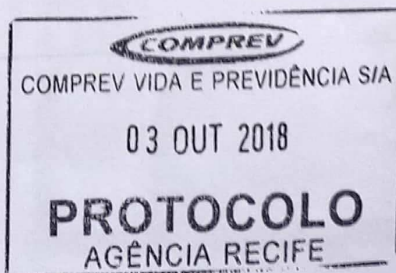
Local e Data

Rafaela Soelvi de Araujo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALJ.001 V001/2017



Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180461296 Cidade: Olinda Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RAPHAELA LELEU DE ARRUDA Data do acidente: 20/11/2016 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM FRATURA DE 2º, 3º E 4º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA COM DERRAME PLEURAL.
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LACERAÇÃO ESPLÊNICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA) + TRATAMENTO CONSERVADOR DO RESTANTE DAS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA PG 9, COM DATA DE 07/12/2016, EMITIDA PELO DR. ANDREWS S SOUZA, CRM No. 19627, DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

Scanned by CamScanner

