

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160278404 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LEANDRO BATISTA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL ARRUDA nº SN - CENTRO - ALCANTIL/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2649478 - SSP**
Data local do exame: **27/05/2016 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura exposta do fêmur distal esquerdo+ fratura exposta do quinto dedo da mão esquerda

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento cirúrgico das fraturas

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deformidade física permanente no quinto dedo da mão esquerda com rigidez articular parcial encurtamento de aproximadamente 3cm do membro inferior esquerdo em relação ao direito e rigidez articular do joelho. sem carga, fratura não consolidada, em acompanhamento.
obs- apesar do paciente referir que ainda tem retorno a ser feito com o médico assistente, já se observa sequelas definitivas e não tem exames no momento para comprovar o retardo de consolidação do fêmur

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

5 dedo da mão esquerda

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

membro inferior esquerdo

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 27/05/2016

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM: 6492


Dr. Bruno Brilhante
Ortopedia de Joelho e Ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2016

Carta nº: 9059776

A/C: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Sinistro: 3160278404 ASL-0864638/16
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9077553

A/C: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Sinistro: 3160278404 ASL-0864638/16
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta nº: 9176395

A/C: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Sinistro: 3160278404 ASL-0864638/16
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

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: **LEANDRO BATISTA DE LIMA**

Valor: **R\$ 5.737,50**

Banco: **001**

Agência: **000004637-X**

Conta: **000010012390-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 0864638/16

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JEANRO BATISTA DE LIMA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2649478 EXPEDIDO POR SSAPB EM / / E
CPF 040562069-02 / CNPJ - - , PROFISSÃO Recuso
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT:
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4632 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12390-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de Invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e incapacidade) com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

ARUANA SEGUROS

Extrato de Conta Corrente

Agência : 4637-X, Av. ALZHEIMER
Terminal : 12033 Id. Fra.: 06503
Nro Aut : 12033 Caixa : 0470076
Data : 01/03/2016 Hora : 12:00
Horário de Atendimento

BANCO DO BRASIL S.A.

5757800101

0359

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

AGÊNCIA: 4637-X CONTA: 12.590-0
CLIENTE: LEANDRO BATISTA DE LIMA

HISTÓRICO	LOCAL	VALOR
15/02/2016		
Saldo Anterior		0,00
--- H A O H A T A N C A M E N T O S ---		

VOCE POD. VER SUA CONTA ESPECIAIS EM SEU BLOQUE, SUA
AGÊNCIA E ASSINE O CONTRATO.

Invest. com Resgate Autom.	00/00/00
Saldo Disponível	00/00/00
Juros +	00/00/00
Data de Débito de Juros	01/03/2016
IDF +	00/00/00
Data de Débito de IDF	01/03/2016

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos
devedores diários no ato anterior ao débito.

CREDITO BOMFATURADOS+ 00/00/00

SALDO EM CONTA SALARIO 00/00/00

SALDO EM APLICAÇÃO FINANCEIRA:
POUPANCA RESG. AUTOMÁTICO 00/00/00

(*) Saldo atualizado até 29.02.2016

Linhas de Crédito	Crédito BOMFATURADOS
---	Crédito Novo

BB Crédito Automático 00/00/00

--- Financiamentos de Bens/Services ---

BB Cred. Veículo/Leasing 00/00/00

BB Credenciário Construção 00/00/00

VALORES DE DIFERENÇA, sujeitos a confirmação
no momento da contratação.

RESERVAÇÕES:

Ha tarifas pendentes de cobrança total em
01/03/2016 R\$ 31,25. Sujeito a cobrança
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agência.

Serviço de Atendimento ao Cliente SAC
0800 729 0722

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-342.9300



005553/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005553/16 registrada em 11/03/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de março do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:14 horas, compareceu o Sr. LEANDRO BATISTA DE LIMA, com 34 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de VERTENTES - PE, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.649.478, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 04156416402, residindo à rua MANOEL ARRUDA S/N, bairro CENTRO, na cidade de ALCANTIL - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 21h00min do dia 06.12.2015, estava trafegando pela Rua São José, no centro da cidade de Alcantil/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano/modelo 2012/2013, cor preta, chassi nº 9C2KC1670DR442845, de placa PFZ-0373/PE, licenciada em nome de Alexandre Melo do Carmo, quando foi surpreendido por outra motocicleta de placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário e com o farol desligado, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar o acidente mas mesmo assim colidiu com a referida motocicleta, perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento médico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da outra moto sofreu apenas escoriações leves e conseguiu se ausentar do local sem ser identificado. Informa ainda que os Policiais Militares do BPTan não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo estava bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Sexta-feira, 11 de Março de 2016

LEANDRO BATISTA DE LIMA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEANDRO BATISTA DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2649478 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.562.164-02 residente e domiciliado na RUA. MANOEL FREUDA, SÍTIO CENTRO Cidade ALCANOTIL Estado PARAIBA, 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:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

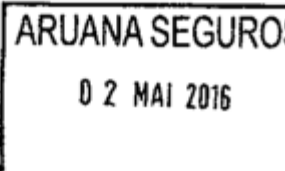
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leandro Batista de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Alcanotil - PB - 02/04/16

Local e data





LIVRO 4-31-1
FLS : oito
TERMO 1.799

Parniba

Municipio de Roqueiro Distrito de Alcantilla

João Clímpio de Sales oficial do Registro Civil

CERTIFICO que do livro número A-31 de registro de nascimento, dêste Distrito

foi lavrado hoje às folhas de número oit sob o número 1.709

o assento de Leandro Batista de Lima

nascido no dia primeiro de dezembro de mil novecentos e oitenta e um (1/12/1981)

Às 11,30 horas, em Maternidade da cidade das Vertentes, Est do RJ, Per. 1 buco.

do sexo masculino, de cor branca, 21 anos.

Nome do Maria do Socorro Batista de la

[illegible]

A vós pl'ternos: X.X.X.X.X.XX.X.X.X.X.X.X.X.X.X.XX.X.X.X.XX.X.X.X.XX.X.X.Y.XX.X.X.XX.X.X.XX.....

[illegible]

Avós maternos: Inácio Batista de Lima

e Alzira Maria da Conceição

Testemunhas de declaração: Josefa Maria da Costa

e José Eutrópio de Figueira

Declarante: a mãe do registrando

Observações: Registro feito de acordo com "Artigo 204 da Lei Federal Nº 6.015, de 31

*) referido é verdade dou fé

Alcantil, 24 de março de 1984

Oficial do Registro Civil

Lil - Ilp. Estudiantil - R. Duque de Caxias, 7 C

DOCUMENTO 2 "T20/0"



ARJANA SEGUROS

02 MAI 2016



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCANTIL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 08.448.753/0001-76 - RUA PROJETADA, S/N
Telefone: 83-3481072 - E-mail: smsalcantil@gmail.com CEP: 58460-000 -

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o paciente Leandro Batista de Lima, 34 a, foi atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –SAMU- 192 Alcantil, no dia 06/12/2015 após acidental-se de moto na Av. São José, o paciente foi conduzido ao hospital de trauma de campina grande.


Elma Maria de Macedo
ENFERMEIRA
COREN - PB 337488
Elma Maria de Macedo
Coordenadora do SAMU Alcantil
26/02/2016

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEANDRO BATISTA DE LIMA

RG nº 2649478, data de expedição -1-1-, Órgão SSP/PB

CPF nº 041.562.164-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>MANOEL ARAÚJO</u>
Número	<u>511V</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALIANÇA</u>
Estado	<u>PRAIA BA</u>
CEP	<u>58460-000</u>
Telefone de Contato	<u>83/3324-1289/99988-5048</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Aliança - 04/04/16

Assinatura do Declarante: Leandro Batista de Lima

DOCUMENTO 2 "T2%"



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

ROBERTO SEVERINO DE SOUZA FILHO
RUA MANOEL ARRUDA, S/N - CENTRO
ALCANTIL / PB CEP: 58460000 (AG: 188)

energisa

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: B-265-415-280
Nº medidor 00001185239

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.036.183/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 574 367
Código para Débito Automático: 00012316360

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1231636-0

Fev / 2016

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R\$ 3,00
a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

15/02/2016

**Data prevista da
próxima leitura**

15/03/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3657675493

Insc. Est:

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 10/02/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior		Atual		Consumo		Consumo	
Data	Leitura	Data	Leitura				
14/01/16	3988	15/02/16	4107	1	119	32	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	119	0,41817	49,76
Adc B Vermelha			4,51
ICMS			22,30
PIS			1,07
COFINS			4,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			1,90
JUROS DE MORA 01/2016			0,08
MULTA 01/2016			1,20

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Jan/16	87
Dez/15	83
Nov/15	106
Out/15	122
Set/15	190
Ago/15	299
Jul/15	60
Jun/15	129
May/15	116
Abr/15	58
Mar/15	6
Fev/15	10

Média dos últimos meses
108 kWh

ARIANA SEGUROS

02 MAI 2016

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	82,59	27,00	22,30
PIS	82,59	1,3000	1,07
COFINS	82,59	6,0000	4,95

VENCIMENTO

22/02/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 85,77

RESERVADO AO FISCO

INACIO BRUNO SARMENTO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 800 / B - BODOCOONÇO
CAMPINA GRANDE / PB CEP. 58100000 (AG. 401)

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Alta Sudoeste - Trés Imãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.526/0001-45 Insc. Est. PB 003.829-1
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MAR/2018
Roteiro: 12 - 401 - 858 - 4320 Referência: Mar / 2018
Nº medidor: 00008009897 Emissão: 21/03/2018

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.130.385
Código para Débito Automático: 00022848643

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8**

Mar / 2016

Canal de contato

Apresentação

21/03/2016

Data prevista da
próxima leitura

19/04/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3878161408

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 15/03/2016 PAGAS,
OBRIGADO!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/02/16	3508	21/03/16	3538	1	30	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			13,10
Adic. B. Vermecha			0,27
Adic. B. Amarela			0,31
PIS			0,17
COFINS			0,78

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/16	30
Jan/16	30
Dez/15	30
Nov/15	30
Out/15	30
Sep/15	0
Ago/15	0
Jul/15	0
Jun/15	0
Mai/15	0
Abr/15	0
Mar/15	0

Média dos últimos meses
30 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	14,84	1,1000	0,17
COFINS	14,84	5,4200	0,79

VENCIMENTO

29/03/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,64

3ca9.feca.75c1.5894.c063.345e.2ca2.f7b2.

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Bodoconço

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,40	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,80		
DIC ANUAL	21,73		CONTRATADA 202
FIC MENSAL	3,40	0,00	
FIC TRIMESTRAL	8,55		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,70		
OMC	3,11	0,00	
OCF	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	4,89	32,03
Compra de Energia	8,80	49,45
Serviço de Transmissão	0,28	1,78
Encargos Setoriais	1,63	13,19
Impostos, Direitos e Encargos	0,96	6,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,84	100,00

Valor do EUSD (R\$) 1/2016 R\$ 5,78

ATENÇÃO

Requisito Tensão-Voltagem 04/02/2016-Res ANEEL nº 2.019-Alta Tensão: 5,07% Médio
Requisito Tensão-Voltagem 04/02/2016-Res ANEEL nº 2.019-Baixa Tensão: 7,47% Médio
- Medidor com display apagado
- Faturamento pelo mínimo da fase - Art. 67 da Res. 414 - ANEEL

BORBOREMA

Roteiro: 12 - 401 - 858 - 4320
Matrícula: 204994-2016-03-6

DOCUMENTO 1 *T1%*



VENCIMENTO

29/03/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,64

2 03804010019-4



ARUANA SEGURO

02 MAI 2016

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Amário Bruno Sacramento, portador(a) do

RG nº 2131933, expedido por SSP/PA, em

21.31.933, CPF/CNPJ nº 036.781.814-06,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LEANDRO

BATISTA DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO

da vítima LEANDRO BATISTA DE LIMA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ —

Documentos comprobatórios: CNH

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEXANDRE MELO DO CARMO,
RG nº 6274490, data de expedição 23/04/1989
Órgão _____, portador do CPF nº 049.331.634-56, com
domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima LEANDRO B. DE LIMA, cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: PAS 1 MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESE
Ano: 2012/2013
Placa: PF20373
Chassi: 9C2KC167002442845
Data do Acidente: 06/12/2015
Local e Data: Toritama, 01-03-16.

Alexandre Melo do Carmo
Assinatura do Declarante



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

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DÔC. E PESSOAS JURÍDICAS
Aurea de Moura Jesus TITULAN - Maria do Rosário da Silva Araújo substituta - Huiara Maria Cristina da Silva Araújo substituta
RUA DO COMÉRCIO, 343 - CENTRO - CEP: 55.125-000 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (81) 3741-3957

Reconheço Por Autenticidade a firma de ALEXANDRE MELO DO CARMO.
TORITAMA/PE 01/03/2016 09:52:45 e dou fé. Em testemunho desta da
verdade. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA ARAÚJO Epl.3,27 TSNR
0,73 FERC 0,36 Total R\$ 4,36 Selo: 0076752.JSP01201601.09326 consulte
autenticidade em www.tjpejus.br/selodigital.

Cartório Único Toritama-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama/PE
Aurea de Moura Jesus
Tabelão
Maria do Rosário da Silva Araújo
1ª Substituta
Huiara Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA

DOCUMENTO 5 T50/n



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

GOVERNO DO PARÁIBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 00023671
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

PACIENTE: LEONOR BATISTA DE LIMA
Prontuário Nº: 1258278
Nome: LEONOR BATISTA DE LIMA Sexo: F Idade: 34
Profissão: Professora Documentação: 18082787777-303
Endereço: Rua Manoel Arruda, 1000 CEP: 57000-000
Município: ACARÁ Estado: PARAIBA Código do Município: 2500053
Data Atendimento: 13/12/15
RAÇA/COR: BRANCA NASCIMENTO: 01/12/1981 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO
() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDA
() 4 - AMARELA () 5 - INDIGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:
História: Paciente com trauma por acidente de moto, vítima de queda de altura, apresentando dor no local de impacto e hemorragia. Exame físico: sem alterações significativas.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO
Exames: Exames de urina e sangue realizados em laboratório externo.

RESULTADOS
Exames de urina e sangue: resultados dentro da normalidade.

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Soro fisiológico
2. Analgésico
3. Curativo
4. Bata estéril
5. Luvas
DIAGNÓSTICO / CID: S01.1

NATUREZA DA CONSULTA
Consultoria Básica (PAB):
Consultoria Especializada:
PROCEDIMENTO
Atendimento de Urgência
ARUANAS

TIPO DE ATENDIMENTO
01 - URGÊNCIA
02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO
ENCAMINHAMENTO
01 - PRESCRIÇÃO
02 - APLICADA
OBSERVAÇÃO
RESIDÊNCIA
OUTRO HOSPITAL
CBITO
IDADE

SERVIÇOS REALIZADOS:
CCDIGO / PROCEDIMENTO
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S)
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)
Assinado em: 10/12/15

Ficha de Acolhimento

Nome: Iselando Batista de Lima
End: Manuel Arruda Bairro: Alcantil
Data de Nascimento: 02/12/81 Documento de Identificação: _____
Queixa: vac Data do Atend.: 06/12/15 Hora: 22:10 Documento: _____

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gementes
Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____ Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

vermelho
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Leandro Batista de Lima Idade: 34

Como é conhecido(a) _____ Ala UT2 Enf. 9 Leito 1

Data de admissão 1/1/ Procedência Alcantil

Endereço: rua Mansel Curado, s/n, centro

Ponto de Referência _____

Com quem reside? C/ companheira e dois filhos

Resp. _____ Telefone: 86737611

DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim () Qual? _____

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (x) Qual? Citocad Primária

Causa da admissão: _____

Se adulto ou idoso:

Estado civil: unido estável Tem filhos: Não () Sim (x) Quantos? dois

Profissão: _____ Fuma? Não () Sim (). Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim () Eventualmente (). É etilista ().

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não (). Que série está cursando? _____

Profissão dos pais ou responsável: _____

Observações Prestadas orientações ao paciente. Encontra
se acompanhado por pre-país da Costa. Infor-
mações obtidas c/ paciente.

08/12/15

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

Jaime
CRESS 22
Insc. Rec.
JOSIANY CORREA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Leandra Batista			
Data da Operação	23/12/15	Enf.	Leito
Operador	Dr. André Ribeiro	1.º Auxiliar	Dr. João
2.º Auxiliar	Dr. J. H. M. N.	3.º Auxiliar	Dr. João
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura fêmur distal E			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato: 3			
Acidente Durante a Operação: N			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Paciente em DDT, sob efeito anestésico
- 2) Anestesia Antirreflexa
- 3) Alocução com os enfermeiros
- 4) Incisão em face Antero-lateral com
- 5) Dissecção (+) da cicatriz por
- 6) Redução e encurtamento da fratura - El Escopio
- 7) Aplicação placa (+) fixação com parafusos
- 8) Lavado F.O.
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativo

Orthopedic

ARUANA SEGUROS
CIRCULAR
02 MAY 2016

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <u>Carlos Roberto da Costa</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>07/05/15</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Felipe Guedes</u>	1.º Auxiliar		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <u>Dr. Félix</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Infecção com abscesso (E) + lesão com tração de 1.º PDE +</u>			
Tipo de Operação <u>LMC + fecho extra de pele + fecho 1.º PDE com fio K +</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>LMC 1.º PDE</u>			

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) <u>Verificação de duto em subcutâneo</u>
2) <u>Incisão + limpeza + fecho de pele</u>
3) <u>Procedimento com 1.º PDE em fecho</u>
4) <u>Fecho extra de pele (E)</u>
5) <u>Fecho com fio K em 1.º PDE + fecho de pele</u>
6) <u>Fecho de fecho de pele (E)</u>
7) <u>Fecho com 1.º PDE em 5.º PDE</u>
8) <u>Fecho com fio K + fecho</u>
9) <u>Conclusão</u>

ARUANA SEGUROS
 02 MAI 2016
 Felipe Guedes
 CRM 19781
 CRM 221026

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		GEANDRO Batista de Lima		DN - 01.12.81	
QI	LEITE	CONVENIO	SUS	IDADE	34
CIRURGIA		Trat cirurgico de trauma		REGISTRO	1258278
ANESTESIA		Raqui		CIRURGIÃO	J. FELIX
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO	FIM
		07.12.15		00:30	01:30
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boia Colostomia	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adehaína amp.	Cat. de Orog.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.	Cat. de Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
01	Dilma amp. 0.2mg	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Colantina amp.	Colonodo		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml	Drain		Catgut Simples Serlix	
	Fentanyl amp. Dormonid	Drain Kerr n°		Catgut Simples Serlix	
	Fonitil ml	Drain Penrose n°		Cera pl osso	
	Inova ml	Drain Pozzer n°		Ethibond	
01	Ketalar ml Laudona	Equipo de Macrogols	05	Ethibond mono 2.0	
	Marcina 2% ml	Equipo de Macrogols	02	Ethibond mono 4.0	
	Nubain amp	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Parulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Prot gine amp.	Espanador Lanco cm		Fio de Algodão Sulapak	
	Protóxido km	Furacim ml		Fio de Algodão Sulapak	
	Que kin ml	Gase Pacote de 10 unidades			
	Rapifen amp	H.O. ml			
	Thiorambul ml	Intracath Adulto			
	Tracium amp.	Intracath Infantil			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lamina de Bisturi n° 23			
04	Agua Destilada amp.	Lamina de Bisturi n° 11			
	Ocasion amp.	Lamina de Bisturi n° 15			
	Dilona amp.	Luras 7.0			
	Flaxicel amp.	Luras 7.5			
	Flebocord amp.	Luras 8.0			
	Germicina amp.	Luras 8.5			
01	Glicose amp. Eufalina	Oxigenio um			
	Glicon de Cálcio amp.	Poitix			
	Rasmacel ml	PVP Degemante ml			
01	Regenera ml. Neusideron	PVP Topico ml.			
	Kanexon amp.	Sabão Antiséptico			
	Losx amp.	Saco cetolet			
	Megotiazol.	Seringa desc. 10 ml			
	Piast amp.	Seringa desc. 20 ml			
	Prot gine	Seringa desc. 05 ml			
01	Rennarato. Xiolame	Sonda			
	Stuarton amp. S/D	Sonda Foley			
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
01	Uracina pesada	Sonda Uretral n°			
		Strydram ml			
		Tymcinina			
		Vaselina ml			
		Gelcoen 18			
		Latex			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				
	Agulha desc. 25 x 7				
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4.5				
01	Agulha p/ raqui n° 25				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
10	Ataduras de Crepon 15cm				
02	Ataduras de Gossada 10				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
Hospital da Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3513 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

FIXADORES EXTERNOS
FIXADORES EXTERNOS - OSSOS MEDIOS E LONGOS - IMPOL
FIXADOR IMPOL FIX 23

TAM: ROFA II

MATERIAL VERGEMENBR 1907930
REGISTRO ANVISA 10103770410
PREF. DE DIADEMA - SP - 0504/0315

LOTE 0504/0315

COD. 0930-001-000

PRODUTO DE USO ÚNICO, PROIBIDO REPROCESSAR, DESTRO, PARA USO LISO

OTD: 1
VRL 06/2020
CLASSE 1

SG Normotérmico fr 500 ml
SG Gelado fr 500 ml
SG Micotérmico fr 500 ml
SG Ring fr 500 ml
SG fr 500 ml

ORTESE E PRÓTESE
02 kco de Kirschner no 10

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Adução
() Serra	() Eletrocautéria
() Desfibrilador	() Oxímetro
() Foco Frontal	() Cardiomonitor
() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

ARUANA SEGUROS
0-2 MAI 2016

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Obs: Paciente veio com Hemácias:

Paciente

Alojamento:

Leino

Convenio

DIAGNOSTICO
Tx para 25/05

Data	Prescrição Médica/	Horário	Evolução Médica
03/12	1. Oclio 1ml/ve 4x/dia 2. SRE 1500ml EV/24h 3. Oclio 02ml + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jelum 6. Trametil 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseidron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Cloxone 40mg SC/dia 9. SSV + CCG	12h / 18h / 06h	Rece, espou, 4x/dia Ap. olivococlear passado
11-12	10- Cipro 100mg 1x/dia 11- Cipro 100mg 1x/dia	12h / 18h	Rece, espou, 4x/dia Ap. olivococlear passado

Paciente	Alojamento:	Celso	Convênio
Dr. Leonardo V. G. de Mello	D-V	9	ARL
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/11/12	1. Dieta normal 2. S.R.L. 1500ml EV/24h 3. Diálise 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilidil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 1COMI SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Claxane 40mg SC/dia 9. SSIV + CCGG	12h / 18h / 06h	Ref. com anemia H.P.: B.G. e oligúria paciente está bem baixo febre rapidamente desce da febre de febre aguda por infecção de sangue

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
CRM-PB-8551

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
CRM-PB-8551

Patient: Wendy Chao-Ashby

Letter

Conversion

Prescrição Médica

Horiño

Evolución Médica

Data
K112

Directe evolutie

...

34

Bei Annahme von:

Turned 100 + 100ms 940.3% (2 818) 2m

Cheney 401779-561X109

10³-Cen. halimolobos 2 mays

2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818 2819 2820 2821 2822 2823 2824 2825 2826 2827 2828 2829 2830 2831 2832 2833 2834 2835 2836 2837 2838 2839 2840 2841 2842 2843 2844 2845 2846 2847 2848 2849 2850 2851 2852 2853 2854 2855

Observation: 80m in 1000 Gf.

Qalho en

Quintessential in my opinion

2

RE: H&B: em anexo... não
há nenhuma dúvida
que a empresa em questão
é a mesma.

ARUA:IA SEGL:
0.21 MAI 2016

02 MAI 2016

Convenient

Evolution Medicine

Evangelina Medina
121 N. Quixote, in
Monterrey, N. L.

~~15~~
~~15~~
~~15~~

Evo ugaio Medicin

Ist / A. Guerrero, ur

Guerrero de Reforma

Melhorar o clima con-

trolar, melhorar, aque-

cer, melhorar, controlar,

do.

Guerrero de Reforma

Cidade do Rio Grande

Aquela do Rio Grande

Col. B. Guitchie
P.O. Box 1000, Ft.

DATE: 11/11/11
BY: [Signature]

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Landre Batista Alojamento 9

Leito 7 Convênio

Prescrição Médica
25/12/14

ARUANA SEGURO
02 MAI 2016

Data 11/12 Prescrição Médica

Diagnóstico Infecção urinária aguda

Horário

Evolução Médica

35°C - 1000 mg 2x

365% 1000

Diagnóstico Infecção urinária aguda

35°C - 1000 mg 2x

365% 1000

35°C - 1000 mg 2x

365% 1000

35°C - 1000 mg 2x

365% 1000

35°C - 1000 mg 2x

365% 1000

35°C - 1000 mg 2x

365% 1000

35°C - 1000 mg 2x

Prescrição Médica

Receita com validade de 30 dias para uso em pacientes com diagnóstico de infecção urinária aguda. Não deve ser utilizada para outros fins. Juma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Assinatura

Assinatura



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com Nº 1670
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 9452.1153

Ortopedia - Neurologia - Bico

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

Hospital de Emergência e Trauma

CIDADE

C. Grande

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Leandro Batista de Lima

Nº DO PRONTUÁRIO

1258278

Nº AL H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Fratura exposta de fêmur

PRODUTO

REF.

QUANT.

COD. ROMP

Fixador Externo Smpel

01

DATA DA UTILIZAÇÃO

01-12-15

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Fixador externo

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

André

ARJANA SEGURO

02 MAI 2015

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Jonas Blah de Lira Acometido 3 Leito 3 Convênio 12345678

*1) lesão cranio cefalica
 2) lesão comissural
 3) lesão cerebelar*

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
01/05/15	01/05/15	1) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	10h	12h		
		2) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	16h	18h		
		3) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	20h	22h		
		4) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	08h	10h		
		5) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	12h	14h		
		6) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	16h	18h		
		7) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	20h	22h		
		8) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	08h	10h		
		9) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	12h	14h		
		10) 1000mg de amoxicilina 3x/dia	16h	18h		

ARIUANA SEGUROS
 02 MAI 2015

12345678
 12345678
 12345678



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CALDAS JARDIM - RJ
RUA JOSE JOAQUIM DE SAUSSE, 334 - JARDIM
20.000-000

3 - CIES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CIES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Batista de Lima

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 1 1 8 0 6 2 7 4 7 5 7 7 7 1 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/12/1981

9 - Nº DO PRECATÓRIO

213.345

10 - SEXO

Masculino [X] Feminino []

11 - TELEFONE DE CONTATO

(03) 9 9 6 2 0 7 1 2 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Manuel Arruda / Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alcantil

14 - COD. ISEE MUNICÍPIO

P.B.

15 - UF

P.B.

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

Pontuário de trauma com fraturas da perna (E) +
S. PDE + S. QDE + fratura em braço

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura com fratura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Fratura de perna + fratura de braço (E) S. 223

21 - CID 10 PRINCIPAL

S. 223

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de fratura de perna

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04108015015119

26 - NOME DO PACIENTE

Leandro Batista de Lima

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

28 - DOCUMENTO

1 - CNES 1 - CIPF

29 - Nº DOCUMENTO (DISPONÍVEL EM SEUS CONJUNTOS DE DOCUMENTOS)

1012 12044416

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE RESPONSÁVEL

Juiz de Direito

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/12/15

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL OU CONSELHO

Dr. Fulano da Silva
CRMPB RJ
CRMPE 21020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO SINISTRO

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CÉDULA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO 1 - EMPREGADOR

1 - AUTÔNOMO

1 - DESEMPREGADO

1 - PAROQUIANO

1 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DOCUMENTO

1 - CNES 1 - CIPF

47 - Nº DOCUMENTO CNES/CIPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS	
REGISTRO GERAL	2049470
DATA DE EXPEDIÇÃO	12 MAIO 1983
NOME	CANDRO BATISTA DE LIMA
FILIAÇÃO	Maria do Socorro Batista de Lima
UF	Vertentes-PE
DATA DE NASCIMENTO	01.12.1981
CPF	
Doc. Original	Cart. Nascimento, nº 3799, Ms, 08, Liv, A-3- Dist. Alcantil-Boqueirão PB
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



771-P2

PARAUANA SE
02 MAI 2

Assinatura do Titular
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA UNIDADE FEDERAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROMENTE DE INSCRIÇÃO

Número

041.364.164-02

Nome

LEANDRO BATISTA DE LIMA

Inscrição

0111211381

VALIDO SOMENTE COM COMPROMENTE DE INSCRIÇÃO

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016



SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO

Número

03464
Stile
00094-48
1538
67-08-77

Style

00024-42

9E
 100m x 20m x 20m

ASSINATURA DO PORTADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIZ

5-10

CARTEIRA DE IDENTIDADE

23/07/1931

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6274490 DATA DE EMISSÃO 23/07/1931

NOME ALEXANDRE MELO DO CARMO

FORMAÇÃO EUCLIDES MELO DO CARMO

ANTÔNIA BARBOSA DO CARMO

NATURALIDADE SANTO ANDRÉ-SP. DATA DE NASCIMENTO 23/07/1931

DOO 02-95W C.NASC. 21548 LV. 21-A FL. 276 CART. DE UTINGA/SP.

LEI Nº 7.110 DE 21/08/63

BRASIL - GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

09.341.70-56

ALEXANDRE MELO DO CARMO

23/07/1931

Cartão de Identificação

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

BRASIL - GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO

CPF

09.341.70-56

ALEXANDRE MELO DO CARMO

23/07/1931

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160278404 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 06/12/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de fêmur esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para 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.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160278404 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 06/12/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta do fêmur distal esquerdo fratura exposta do quinto dedo da mão esquerda

Descrição do exame médico pericial: deformidade física permanente no quinto dedo da mão esquerda com rigidez articular parcial encurtamento de aproximadamente 3cm do membro inferior esquerdo em relação ao direito e rigidez articular do joelho. sem carga, fratura não consolidada, em acompanhamento.
obs- apesar do paciente referir que ainda tem retorno a ser feito com o médico assistente, já se observa sequelas definitivas e não tem exames no momento para comprovar o retardo de consolidação do fêmur

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico das fraturas

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LEANDRO BATISTA DE LIMA brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, inscrito
no CPF de nº 061.381.164-08 e no RG de nº 28.194.78-PB, residente
e Domiciliado a Rua: JOHANNES AREUDA, nº 50,
Bairro CENTRO, na Cidade de ALCANTIL,
Estado PB, CEP 58460-000.

OUTORGADO: **INACIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e
domiciliado na Rua Antonio Sergio de Almeida, 800/B, Bodocongo, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) LEANDRO BATISTA DE LIMA,
ocorrido em 06.12.15, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 01 de Maio de 2016

 Leandro Batista de Lima
Outorgante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
Antonio de Pádua Sales - Oficial e Tabelião
Av. São José, 324 - Alcantil-PB - CEP 58460-000
Comarca de Boqueirão-PB - CNJ: 07000-2

Reconheço a(s) firma(s) por autenticar

de LEANDRO BATISTA DE LIMA

Em testemunho

Alcantil-PB

da verdade

elo Digital: 1505
elo Digital: 1505
tps://selodigital.pbjus.br

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016