

**SERVIÇO DE ORTOPEDIA**  
**LAUDO MÉDICO**

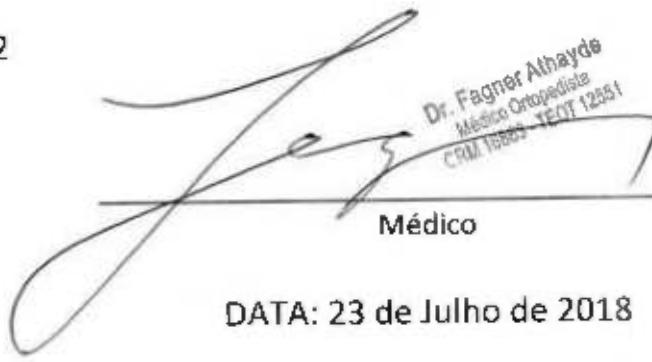
(Grupo de ortopedia)

Paciente: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

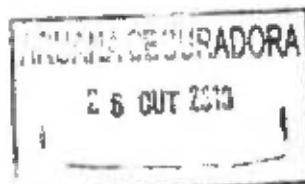
Declaro para os fins devidos que o paciente acima foi submetido a tratamento cirúrgico neste serviço em 06/07/2018 para fratura de extremidade proximal de úmero esquerdo sendo realizado redução cruenta mais osteossíntese com placa e parafusos. Evoluiu com bom aspecto de cicatriz operatória e boa redução da fratura a radiografia.

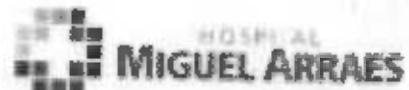
No momento orientada a manter afastamento do trabalho por não menos de 120 dias para acompanhamento ambulatorial e fisioterapia.

CID: S42.2

  
Dr. Fagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16333 - TECIT 12331  
Médico

DATA: 23 de Julho de 2018





## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO REG: 116148

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO 28/6/2018 DATA DA ALTA 07/07/18

DIAGNÓSTICO:

*fx emers / traumato coclear*

TRATAMENTO REALIZADO:

*06/07/2018 Cen fuso e Parafuso + braço fibro*

ORIENTAÇÃO:

- Movimento coclear + fuso
- Descanso do braço
- Fazendo menor fuso
- Terapias se for preciso

PROGRAMA APÓS ALTA:

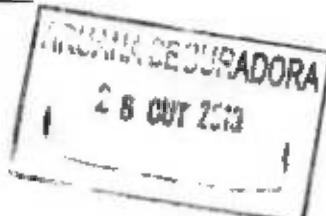
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM  NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_



*02 Sessões*

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

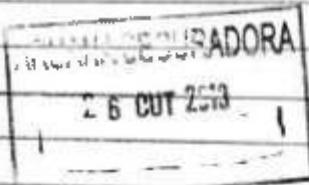


EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Silvana Lúiza do Nascimento Registro: 116148  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Date/Hora	
13/08/18	# Ortopedia #
	Paciente pós-op RAPI Fr ombro proximal (E) 06/07/18
	Mobilidade ombro (E) limitada
	Oriento exercícios de mobilidade autopassiva
CD:	EST
	Retorno 1 mês

Dr. Rodrigo F. de Souza Damasceno  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 25.524





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	<i>AT 434504</i>	
2 - CNES	6431569		
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO</b>	6 - Nº Prontuário <b>116148</b>			
7 - Cartão Nacional do SUS <b>162081099820002</b>	8 - Data de Nascimento <b>25/02/1987</b>	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor <b>03 - Parda</b>	11 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
11 - Nome da Mãe <b>VERA LUCIA DA SILVA</b>	12 - Telefone de Contato <b>8199335661</b>			
13 - Nome Responsável <b>ISARAEI</b>	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) <b>RUA CLARA NUNES, 3 - CENTRO</b>	16 - Município <b>GOIANA</b>	17 - IBGE <b>280620</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>55900970</b>

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PACIENTE COM RELATO DE TRÁUMA MOTO-CARRO HÁ VERSO DE 24 H, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO DE MOÇÃO DO UMERO D. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES**

21 - Condições que justificam a internação  
**ITÓ CIRÚRGICO**

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
**ANAMNESE+EXAME FÍSICO+IMAGEM**

23 - Diagnóstico Inicial / Código <b>FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO</b>	24 - CID 10 Principal <b>8422</b>	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas <b>2000</b>
--	--------------------------------------	------------------------	--

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento  
**0416020069**

## PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

29 - Especialidade <b>CIRÚRGICA</b>	30 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <b>980016000814898</b>
--	---	--	---

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente  
**FAGNER FONSECA DE ATHAYDE**

34 - Data da Solicitação  
**28/06/2018**

*Fun-Busforni F. Fagner  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 1456*

**18863**

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBQR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado      ( ) Empregador      ( ) Autônomo      ( ) Desempregado      ( ) Aposentado      ( ) Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor  
**E260000001**

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento  
 CNS  CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

<i>ADAMARIS GOMES DA SILVA</i>	<i>ADMADORA</i>
<b>26 OUT 2018</b>	

*Adamaris Gomes da Silva  
ADMADORA*

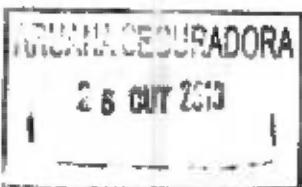
**AIH**  
**261810162265-3**

Código do Laudo: **434388**

AT434584

AZ - 28/06/18

Saída - 05/07/18



PRESCRICAO MEDICA

HOSPITAL MIGUEL ARRÁEZ

farmamundo

DE SALUD

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 434524

Usuário: ALYNEMA

## DADOS DO PACIENTE

Paciente:	<b>JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO</b>			Prontuário:	116148
Idade:	31a 4m 10d	Sexo:	F	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:	7456384	C.P.F.:		Telefone:	992762848
Endereço:	RUA CLARA NUNES			, 3	CENTRO
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA				CEP 55900970
Convênio:	SUS - INTERNACAO				- GOIANA - PE
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação:	FAGNER FONSECA DE ATHAYDE			Leito:	VERD2EXTRA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 07 / 07 / 18 Hora da Alta: \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Bom Funcionamento

Diagnóstico Principal.....: Fratura Placa avançado

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Procedimento.....: Fixar com placa e parafusos + enxerto de MACS

*João Bosco B. C. Neto  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 28670*

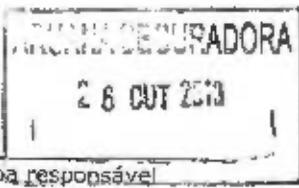
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 06 de julho de 2017



Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

## **PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 27/06/2018 12:28



**Nome Paciente:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO  
**Cód. Paciente:** 116148  
**Data de Nascimento:** 25/02/1987  
**Sexo:** Feminino  
**Idade:** 31  
**Senha:** 0008  
**Convênio:** 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
**Atendimento:** 434388  
**SAME:** 103215

Período: 27/06/2018 12:38 - 27/06/2018 12:42

LHAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

#### Prioridades:

**EMERGENCIA VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO EM VIA PÚBLICA PE 75 (SIC) TEC DE SAMU GOIANA APRESENTA COM CORTE EM FACE. + lesão em M/D

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)  
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

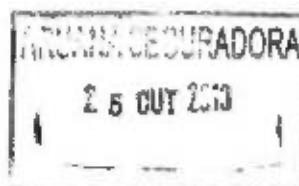
Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:	- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM - FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM - GLICOSE: 69.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG - P.A.DISTOLICA: 100.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 % - TEMPERATURA(C): 36.00 °C
----------------------	---

REVISADO  
MELHORADA

HMA - Hospital Miguel Arraes  
• Lesão de Pele  
Sim ( ) Não (X) (SIE)  
Local:

**Julio Prexedes  
Entermeiro  
TOBRA 427-212**



Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2018 12:42

Atendimento: 434388

Senha da Classificação:

**0008**

Data e Hora: 27/06/2018 12:35

Paciente: 116148 JULIANA LUZA DO NASCIMENTO Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 25/02/1987 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: VERA LUCIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: PRACA DUQUE DE CAXIAS -- RUA CLARA NUNE 3

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

Paciente, 31a, vítima de colisão moto-carro, estava no cinto de segurança, estava em uso de capacete. Não apresentou episódio emático, perda da consciência. Lesão contundente em supraclíno direita, escoriações em frente. Tornozelo direito mobilizado. Paciente queixava de dor em braço esquerdo. Nega alergias.

**Exame Físico**

ECG: regular, orientado, ECG =  $(4 + 5 + 6) = 15$ , suprimento

Pressão arterial: 110/70 mmHg

P脉搏: 80 bpm, PAF: 115, PR = 120x80 mmHg

LBBP: clínico, pulso, desaparece, indolor à palpação.

**Hipótese Diagnóstica**

D) Polimielite

**Prescrição Médica**

1) Solicitar TAC do crânio com contraste, Radiografia da coluna cervical, tórax, abdômen, braço esquerdo, tornozelo direito.  
2) Iodo profundo 100 mg + 100ml 50g, EV. 1380

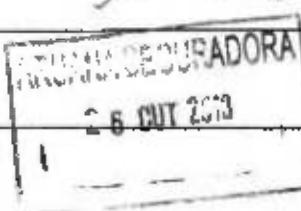
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

Encaminhado ao setor de internação



27/06/18 #SOTA  
14:00h

Punk com fratura de úmero proximal  
recente de tratamento cirúrgico - tornozelo  
sem sinal de fratura. Ag. reavulsão da  
cruzeta Geral

↓  
Jan Burkhardt

16:20 Recup. CNA P.O. 26559  
Tx D) sem afixação de ferimento em pe D R4 de  
27/06/18 a ferro de Rebar com 30x30x1,5 mm  
#CG#

17:00 TAC cervical e torax: SI alt.  
Pct esternal e SI queixas. Ex. fraco SI alt.  
Lesão em Superfície direita, ~~desconhecida~~  
CD: Lesão e sustentam lesão  
alta da CT após, aos widados da Ortopediz.  
A verde 2

Lucas  
M.R. Cirurgia Geral  
CRM-PE: 24958

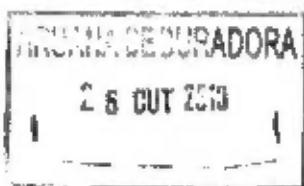
28/06

## Evolução Clínica

NOME: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO REG: 116148

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
<b>28/6/2018</b>	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
<b>11:20</b>	<b>PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA MOTO-CARRO HÁ CERCA DE 24 H, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO DE ADM DE UMERO D. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES AO EXAME: EGR, EUPNEICA, AFEBRIL LOT</b>
	<b>MSD: DOR A PALPAÇÃO DE OMBRO E A MOVIMENTAÇÃO <i>NYC</i> <i>Primerido</i></b>
	<b>HD: FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO</b>
	<b>CD: INTERNO</b>
	<b>SOLICITO EXAMES LAB.</b>
	<i>Ian Bustorff Freire Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 26.448</i>
<i>29/6/18</i>	<i>S. + R Fe. Vértebra proximal D</i>
<i>08:50</i>	<i>Paciente bom, sem queixas nao no momento</i>
	<i>21:10: Suturas ROL em gesso</i>
	<i>MSD: Dor à mobilização</i>
	<i>CD: Dif. proposta cirurgica Graf. placa fixa?</i>
	<i>30/6/18: resultado consultado</i>
<i>30/6/18</i>	<i>S. + R Fe. Vértebra proximal D</i>
	<i>Paciente bom, sem queixas no momento</i>
	<i>CD: Dif. proposta cirurgica</i>



*BEL ALVES LOT*  
*CD: Dif. proposta cirurgica*

*Filipe Guedes*  
*Ortopedia / Traumatologia*  
*CRM-PE: 26683*

01/07/18  
06:31h

ESOT#

HO. Rx amea proximal D  
Pain raga do a mobilidade do antebraço  
BBS, spfL Capitato.  
cd. Ag. Ceraqua

Ian Bustorff Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 26.550

02/07/18

Sot # Rx amea proximal D

11:50

Paciente bem, sem episódios recentes.  
Mobil na diâto, BEM expresso lot.  
Ed. Ag. programado amigas.

03/07/18

Sot # Rx amea proximal

10:41h

Paciente bem, sem episódios recentes.  
na proximal, mobil  
no diâto.

Ed. Ag. programado amigas.

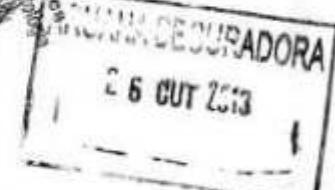
Filipe Guedes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 26.550

04/07/18

Sot HO Rx amea proximal D

11:00h

Mobilidade na diâto, sem episódios  
na proximal  
BEM expresso lot.  
cd. Ag. programado amigas



05/07/18

Sot HO Rx amea proximal D

10:40h

Paciente bem, sem episódios na proximal  
Mobil na diâto.

BEM expresso lot

cd. Ag. programado amigas

Filipe Guedes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 26.550



# **PERNAMBUCO**

---



8

IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prati Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

**NOME:** Virginia Lira da Silva Nasimonto  
**CLÍNICA:** ENFERMAGEM:

REG: 116148

DATA/HORA				
07/07/10	# 808 #			
09:00	for-los op (06/07) Rati em Paca e Panacot Encontro Ibirapuera. Pacientes secares brotores, s/ dor laringo, s/ dor, evulsões, Acessos Brotores leves s/ dor Nas Passarelas fo laringo e glosa, s/ dor s/ dor laringo Pacientes em op s/ migrações da corrente de ar no fluxo Acesso Arte + Anatomia II Cura			
	 Jodo Bosco B. C. Neto Otorrinolaringologista CRMESP 26876			
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">CENTRAL DE ATENDIMENTO</td> <td style="width: 33%;">ADORA</td> <td style="width: 34%;">CENTRAL DE ATENDIMENTO</td> </tr> </table> <p>26 OUT 2010</p>	CENTRAL DE ATENDIMENTO	ADORA	CENTRAL DE ATENDIMENTO
CENTRAL DE ATENDIMENTO	ADORA	CENTRAL DE ATENDIMENTO		



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRaes



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **REG.:** \_\_\_\_\_  
**CLÍNICA:** \_\_\_\_\_ **ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_ **LEITO:** \_\_\_\_\_

26 CUT 2013



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## Evolução Clínica

NOME: Juliana Lins da Silva do Nascimento REG: 116198  
CLÍNICA: \_\_\_\_\_

ENFERMAGEM: Verde 2 LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA

21/7/18

Psicologia

Por solicitação do Serviço Social, foi realizado atendimento inicial à paciente que se apresentou receptiva, comunicativa, expressando sua vivência hospitalar, demonstrando, no momento, aceitação de sua realidade situacional.

Érika  
PSC-0098  
CRP-02-14.249

LEIA DE CURADORA  
26 OUT 2013



PERNAMBUCO  
ESTADO DO



MIGUEL ARAE'S



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueiredo

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: \_\_\_\_\_ REG: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA

ADMITIDA EM 26 OUT 2013  
ADORA

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 50550  
Paciente : 116148  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 779  
Dt. Início : 06/07/2018 08:43 Dt. Fim : 06/07/2018 11:18

Sala : 0002 SALA 02

JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO  
SUS - INTERNACAO  
VERD2EXTRA

Atendimento : 434524

Carteira :

Idade : 31 Anos 11 Dias 11 Horas

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

### Procedimentos

Procedimento: 0408020334

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO  
UMERO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 43

GERAL INALATORIA COM REINALACAO

### Equipe Médica

CIRURGIAO

19865 TIAGO CERQUEIRA LIMA NOGUEIRA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQ

CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + ENXERTO DE ILIACO + OSS COM PLACA EM TREVO 3,5MM

CIRURGIÃO: DR TIAGO NOGUEIRA

1º AUXÍLIO: DR DANIEL CABRAL

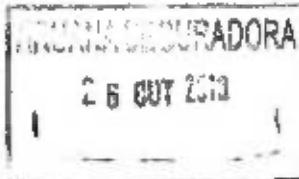
2º AUXÍLIO: DR ÍCARO MÔLIM

ANESTESISTA: DR JULIO MAIA

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO + GERAL INALATÓRIA

#### RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DE "CADEIRA DE PRAIA"
2. ASÉPSIA E ANTISÉPSIA DE MSE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM SULCO DELTO-PEITORAL E
5. DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS ATÉ FOCO DE FRATURA  
(REDUÇÃO DA FRATURA)
6. APOSIÇÃO DE ENXERTO RETIRADO DE CRISTA ILIACA ANTEROSSUPERIOR DIREITA
7. MONTAGEM DE PLACA EM TREVO 3,5MM NO FOCO DE FRATURA
8. CHECADA SÍNTSESE E REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. SUTURA POR PLANOS;
11. CURATIVO;
12. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL
13. RAIO X DE CONTROLE



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ícaro Môlim de S. Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 28580

DR(A) : TIAGO CERQUEIRA LIMA NOGUEIRA  
CRM : 19865

Atendimento: 434524

Dt Atendimento: 28/06/2018 - 12:35

Dt Alta: 07/07/2018 - 11:00

Paciente: 116148 JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convenio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 779 VERD2EXTRA

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

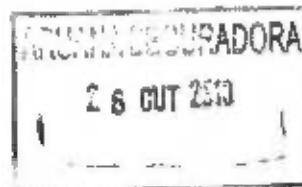
Usuário: MONICABSL

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Leonto Médio

Declaro, para os devidos fins,  
que a Sra. Telma Souza  
do Nascimento, 31 anos, foi  
submetida a procedimento  
coronário de testamento da  
fistula da uretra proximal (P)  
no dia 06/07/18, com colostomia  
de plan e parafuso. Encontra-se  
em ressuscitação cirúrgica  
no momento. Esta, no momento,  
impossibilitada de exercer suas  
atividades laborais CID 542.2  
10/12/18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU BEBÊ 08 369

Ian Bustorff Freire  
Cirurgião - Traumatologista

ARUANA SEGURADORA  
11 DEZ 2018



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

RECEITUÁRIO



Juliana Luiza do Nascimento

#Lewela Médium

Mesmo para os devidos fins que a paciente Juliana Luiza do Nascimento encontra-se em acompanhamento com equipe de Ortopedista e com fisioterapeuta quanto à fratura no úmero proximal esquerdo, subasta o tratamento cirúrgico no dia 26/07/2018 com placas e parafusos, encontra-se com funcional de movimentos da embuca esquerda elevada qd abdução 30°, Rotação interna em L5. Paciente com perda de força Cerv II, com dores fortes.

CLO: 3422

21/07/19

Dr. Hudyson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 26.720

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





RECEITUÁRIO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

GESTÃO  
IMIP

Filha (s) de paciente

Maria Helena

para que a filha fique em paz:

1º dia: leite de 100% do leite materno;

2º dia: leite de 100% do leite materno;

3º dia: leite de 100% do leite materno;

4º dia: leite de 100% do leite materno;

5º dia: leite de 100% do leite materno;

6º dia: leite de 100% do leite materno;

7º dia: leite de 100% do leite materno;

8º dia: leite de 100% do leite materno;

9º dia: leite de 100% do leite materno;

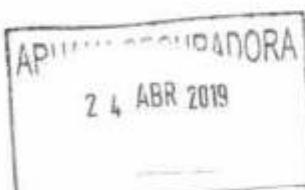
10º dia: leite de 100% do leite materno;

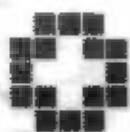
11º dia:

12º dia:

Dr. Gladson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 28.720

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



GESTÃO  
IMIP

RECEITUÁRIO

Juliana Luiza do Nascimento

#Laudo Médico

Atesto para os devidos fins que a paciente Juliana Luiza do Nascimento encontra-se em acompanhamento com equipe de ortopedia e com fisioterapia por conta de fratura de um os proximais esquerdos, submetida à tratamento cirúrgico no dia 06/07/2018 com placas e parafusos. Encontra-se com limitação funcional de movimentos do ombro esquerdo elevação 90°, abdução: 60°, Rotação interna em L5. Paciente com perda de força grau II, com dores fortes.

CLO: 542.2

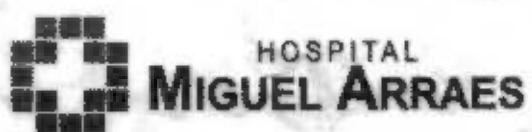
11/02/19

Dr. Hudysen Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 26.720

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

ARUANA SEGURADORA

06 MAI 2013



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

RECEITUÁRIO

Juliana Luiza do Nascimento

#Laudo Médico

Atesto para os devidos fins que a paciente Juliana Luiza do Nascimento encontra-se em acompanhamento com equipe de ortopedia e com fisioterapia por conta de fratura de úmero proximal esquerda, submetida à tratamento cirúrgico no dia 06/07/2018 com placas e parafusos encontra-se com limitação funcional de movimentos do ombro esquerdo elevação 90°, abdução: 60°, Rotação interna em L5, Paciente com perda de força Grav II, com dores fortes

CLO: 542.2

11/02/19

Dr. Hudysen Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 26.720

PERNAMBUCO

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

IMIP

RECEITUÁRIO

Lanche materno

Declara que os de veio os fins

Refei a P. Ciente Tulipa Lenzo  
do nascimeto Foi submetida

à Testamento conservado de Instituto  
de Ensino e Pesquisa (I.E.P) em 06/07/11

Evolui com dificult de ADL e  
Sedentaria Definitiva com Disminucao

de ADL que é em ondas (Grau II)  
Ondas (G): Elevação 160°; Abdução: 20°,

RF: 30° R.I: TB, Adução: 45°.

Menciona de Fisioterapeuta materna

P/ Ganho de Força muscular e  
Resistência de vida (Análisis) Reforço  
da ADL. Em acompanhamento  
ambulatorial P/ Avaliar melhora da  
fun.

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

CID:  
542.2  
T92.1

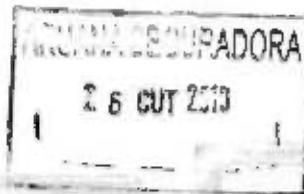
05/08/18

ARIANA SECURADORA

28 AGO 2019



VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
7.456.384	DATA DE EXPEDIÇÃO 04/11/2003
NOME << JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO >>	
PESO << GENETON LUIZ DO NASCIMENTO >>	
ALTURA << VERA LUCIA DA SILVA >>	
MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO CONDADO	DATA DE NASCIMENTO PE 25/02/1987
DOD (CPF) << CN 37719 L33-A F 263 CART. DE GOIANA PERNAMBUCO 21.07.1995 >>	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 116 DE 29/08/83	
F-01 43319	



MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Receita Federal	
Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Número	
076.272.524-90	
Nome	
JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO	
Nascimento	
25/02/1987	
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTES DE IDENTIFICAÇÃO	

CÓDIGO DE CONTROLE  
**B98A.7AD7.E608.45A4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 08:55:13 do dia 15/05/2017 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3 P16)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD OU PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 12/11/2018, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$ 1687,50.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO ( PAG.01)( ANEXO01PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

VÍTIMA JÁ RECEBEU 50% DE OMBRO ESQUERDO

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO ( PAG.01)( ANEXO01PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO).  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

VÍTIMA JÁ RECEBEU 50% DE OMBRO ESQUERDO

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Talita Fonseca Medeiros".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180505983      **Cidade:** Goiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA. (ANEXO 3 P16)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD OU PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 12/11/2018, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR JÁ INDENIZADO R\$ 1687,50.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

**OUTORGANTE:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO, brasileira, solteiro (convive em união estável), do Lar, portadora do RG de nº 7.456.384 SDS PE, CPF (MF) nº 076.272.524-90, telefone celular nº 9.9393-7119 e endereço eletrônico: eduenviadoc@yahoo.com.br, residente e domiciliada na R. Clara Nunes, 03 – Nova Goiana - Goiana PE, CEP 55.900-000, **constituo e nomeio a bastante procurador:**

**OUTORGADO:** EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA, brasileiro, solteiro (convive em união estável), bacharel em direito, portador CNH nº 01342384305, RG nº 3.137.212 SSP PE, CPF (MF) nº 706.954.234-87, telefone celular nº 9.9393-7119 e endereço eletrônico: ericardo2406@yahoo.com.br, residente e domiciliado na R da Conceição, 43 - Centro - Goiana PE, CEP 55.900-000.

**OBJETO:** representar o outorgante, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, com a finalidade de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

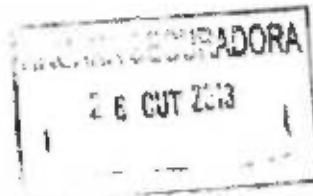
**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga, os poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima, enfim, praticar todos os atos legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandado.

**PRAZO:** A presente outorga da procuração terá a validade até o dia 31 de dezembro de 2018.



Goiana PE., 26 de julho de 2018

*Juliana Lui... de... Nasc...ento*  
- Outorgante -



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIANA  
RUA DR. MANOEL BOBINA, Nº 83, CENTRUS - GOIANA / PE - CEP 55.900-000  
TEL: (81) 3626-0518 - [www.servicodenotario.com.br/notaria1.com](http://www.servicodenotario.com.br/notaria1.com) - CNPJ: 489-606100-0001-00  
Reconheço, Por Autenticidade a firma da: JULIANA LUIZA DO  
NASCIMENTO, dou fé. Goiana/PE 28/06/2018 08:31:00 Emol:3,5%;  
TSNT:0,80; FERC:0,40; TOTAL: 4,79. CP.:112 Selo digital nº  
0073585.MHCR201801.00918. *Marina Iam... MARINA M. C.*  
TORES ISCREVENTE Consulte autenticidade em  
[www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392277/18

Número do Sinistro: 3180505983

Vítima: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

CPF: 076.272.524-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/08/2019

Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

CPF: 706.954.234-87

Data do cadastramento: 28/08/2019

Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

CPF: 109.530.024-54

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392277/18

Número do Sinistro: 3180505983

Vítima: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

CPF: 076.272.524-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/04/2019

Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

CPF: 706.954.234-87

Data do cadastramento: 24/04/2019

Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA

CPF: 028.384.474-40

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

ABENILDA MARIA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392277/18

**Número do Sinistro:** 3180505983

**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

**CPF:** 076.272.524-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/06/2018

**Titular do CPF:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018  
Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 706.954.234-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

---

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

---

ABENILDA MARIA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392277/18

**Número do Sinistro:** 3180505983

**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

**CPF:** 076.272.524-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/06/2018

**Titular do CPF:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/05/2019  
Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 706.954.234-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

---

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

---

Josyelli de Oliveira Cabral

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0392277/18

**Vítima:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

**CPF:** 076.272.524-90

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/06/2018

**Titular do CPF:** JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA : 706.954.234-87

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO : 076.272.524-90

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018  
Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA  
CPF: 706.954.234-87

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

---

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**  
Nº Sinistro: **3180505983**  
Vitima: **JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **27/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180505983**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180505983**

**JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180505983**.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180505983**

**Vítima: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 27/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

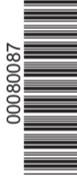
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180505983**

**JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180505983**.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180505983**

**Vítima: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 27/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

**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

**076.272.524-90**

Nome completo da vítima

**JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO**

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

Nome completo	<b>JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO</b>		CPF titular da conta	<b>076.272.524-90</b>	Profissão	<b>DO LAR</b>
Endereço	<b>R. CLARA NUYES</b>		Número	<b>03</b>	Complemento	
Bairro	<b>NOVA GOIÂNIA</b>	Cidade	<b>GOIÂNIA</b>		Estado	<b>PE</b>
Email	<b>eduenviadaoc@yahoo.com.br</b>		CEP	<b>55.900-000</b>		
			Telefone (DDD)	<b>81</b>		

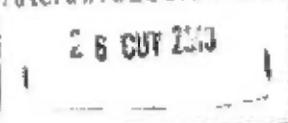
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	C/CONTA NRO.	D/V	
(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)		
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO	Nome		
<b>BRADESCO</b>			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<b>1800</b>	<b>7</b>	<b>31026</b>	<b>3</b>
(Informar digito se existir)		(Informar digito 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.

**SEGURO DPVAT**



**GOIÂNIA PE 26 de Outubro de 2018**

Local e Data

**Juliana Luisa do Nascento**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Bradesco



Bradesco

International



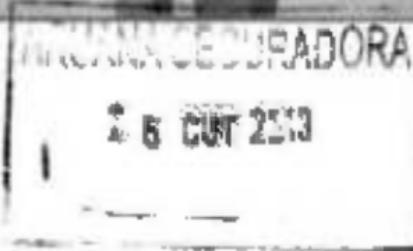
6504 9412 9762 6186

08/22

JULIANA LIMA

NASCIMENTO

elo



Imprimido pelo Banco Bradesco S.A. Em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

EDIFÍCIO

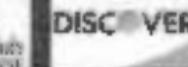
1900 1 0031026 3



AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fach Bradesco 0000-0000 / 0000-0000  
Área da Bahia +55 71-4000-0000  
SAC 0800 777-5714 (01) / 0800 777-8088 (0704)  
Difusão Avulsa e cartão Pulse 0800 722-0019  
OeAdo 0800 727-9933  
banco@bradesco.br

NET BANKING



ATM  
**pulse**



DISCOVER



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DE POLÍCIA DE GOIANA  
VERGEM

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/11<sup>a</sup>DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0134003655**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/10/2018 às 12:17**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **27/6/2018 às 10:45**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 75, RODOVIA PE - 075** - Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO DE FLEIXEIRAS**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO DE FLEIXEIRAS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO ( VITIMA )  
SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

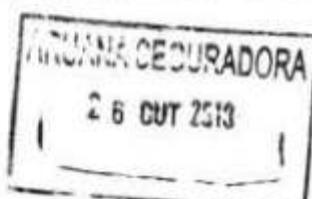
**JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **VERA LÚCIA DA SILVA** Pai: **GENETON LUIZ DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **25/2/1987** Naturalidade: **CONDADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7456384/SDS/PE (RG) 07627252490 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 94513876**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 03, RUA CLARA NUNES, Nº03, BAIRRO DE NOVA GOIANA/PE. - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DA ASSEMBLEIA DE DEUS**

**SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DIAS DA SILVA** Pai: **JOSÉ PAULINO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/2/1977** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5468252/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 94468680**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 124, LOTEAMENTO BOA VISTA II, Nº124, CENTRO, GOIANA/PE. - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO /**



**PERNAMBUCO / BRASIL****Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

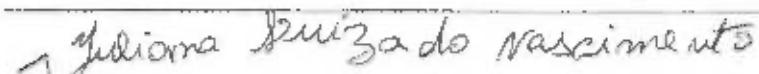
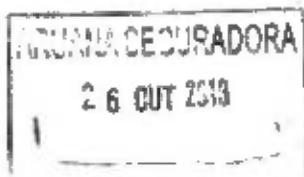
**MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD ANO 2013 PLACA OYL 9510/PE (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYL9510** (PERNAMBUCO/CONDADO) Renavam: **101928871** Chass: **9C2KC16500R321456**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD ANO 2013 PLACA OYL 9510/PE**

**Complemento / Observação**

**COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE NOME JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO COM A INTENÇÃO DE NOTICIAR O SEGUINTE: QUE ENCONTRAVA-SE TRANSITANTO PELA RODOVIA ESTADUAL PE - 075 NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO DE FLEXEIRAS NA CARONA DE UM MOTOTAXI DE NOME SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA - MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD ANO 2013 PLACA OYL 9510/PE, OCASIÃO EM QUE OUTRO VEÍCULO (MODELO E PLACA NÃO ANOTADO), TRANCOU A MOTOCICLETA E EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL, ACARRETANDO VÁRIAS LESÕES CORPORais NAS PESSOAS DE JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO E SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA, ATO CONTÍNUO POPULARES ACIONARAM O "SAMU" QUE SOCORREU AS VITIMAS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO QUE SEGUE EM ANEXO ASSINADO PELO DR. WAGNER MONTEIRO DE OLIVEIRA - CORRDENADOR MÉDICO - CRM 18476. SEM NADA MAIS DIGNO DE ASSENTAMENTO, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO.**

**Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial****JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO  
(VITIMA)****B.O. registrado por: JOSE OTAVIANO MEDEIROS PINHEIRO - Matrícula: 272926-1**



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO** CPF da Vítima **076.272.524-90** Data do Acidente **27/06/2018**

### 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:

**Assinatar 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

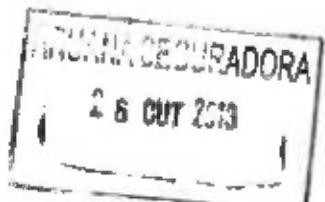
O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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.

*GOIÂNIA, PE, 09 de Agosto de 2018*

Local e Data



*X Juliana Luisa do Nascimento*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Nascente*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU  
192**

**PREFEITURA DE  
GOIANA**  
Secretaria Municipal de Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

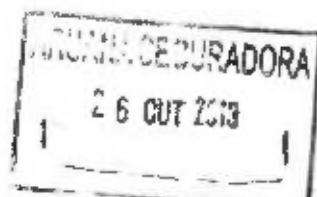
*Juliana Luiça do Nascimento*

RG: 7.456.384 CPF: 076.272.524-90 constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 495010 do dia 27 de Junho de 2018 onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA, por volta das 10 horas e 45 minutos, vítima de Colisão Moto e/Carro, PE-75 sentido Condado Roxo a Flexerizzi, onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Miguel Arraes.

*Dr Wagner Monteiro de Oliveira*  
 Coordenador Médico  
CRM 18476  
SAMU Metropolitano de Goiana

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 10 de Julho de 2018.



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000031026-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO19112018050000000002370180000000031026168750 PAGO



**Claro**



**FAC**

CS CENTR

R DA CONC  
EDUARDO R

65900-000

CORREIOS



CTO RECIFE PE PLS

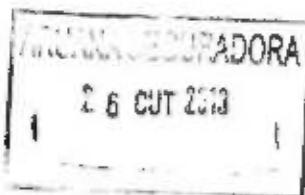
EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA  
R DA CONCEICAO-43  
CS CENTRO  
55900-000 GOIANA PE

00100044



501621057315072000000004430170918

DATA DE POSTAGEM 17/08/2018



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO RICARDO AGUIAR DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 906.954.234 / 87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MULANA LUIZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.272.524 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura INJAVIDEZ da Vítima MULANA LUIZA DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.272.524 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

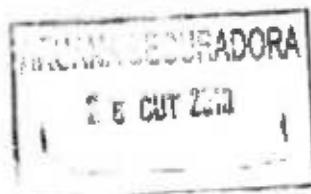
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Cidade	Número	Complemento
R. DA CONCEIÇÃO CENTRO	Goiânia	43	
Bairro		Estado	PE
Email	Telefone comercial(DDD)	CEP	Telephone celular (DDD) 81 9.9393-7119

ericondeza06@yahoo.com.br



Goiânia PR, 09 de Setembro de 2018  
Local e Data



Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA

RG nº 5.468.252 data de expedição 10/07/95.

Órgão SSP PE, portador do CPF nº 026.046.464-39, com domicílio na cidade de GOIÂNA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Boa Vista II CEP: 55.900-060, nº 124,

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 Juliana Luiza do Nascimento, cujo o condutor era SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN ESD

Ano: 2013/2013

Placa: OYL - 9510

Chassi: SC2KC1650DR32456

Data do Acidente: 27/06/2013

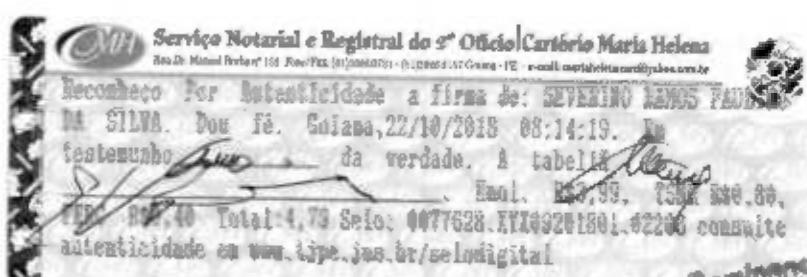
Local e Data: GOIÂNIA PE.,

Severino Ramos Paulino da Silva

Assinatura do Declarante

Severino Ramos Paulino da Silva

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



Maia da Paz Domingos  
Assinatura  
Escrivente

