

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-000
FONE.: (81) 3181-9600

SERVIÇO DE ORTOPEDIA

LAUDO MÉDICO

(Grupo de ortopedia)

Paciente: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

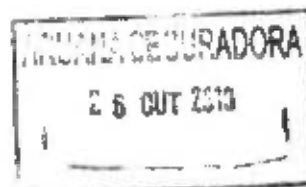
Declaro para os fins devidos que o paciente acima foi submetido a tratamento cirúrgico neste serviço em 06/07/2018 para fratura de extremidade proximal de úmero esquerdo sendo realizado redução cruenta mais osteossíntese com placa e parafusos. Evoluiu com bom aspecto de cicatriz operatória e boa redução 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 16883 - RCD 12551
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: fratura proximal do úmero

TRATAMENTO REALIZADO:

06/07 24h com Placa e Parafusos + Gesso 11 dias

ORIENTAÇÃO:

- Mobilizar cotovelo e punho
- Deitado do lado
- sem mobilizar Placa
- Terceiro e 4º dedos

PROGRAMA APÓS ALTA:

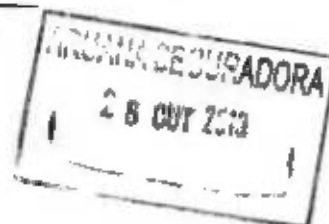
AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

João Bosco B.C. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16878

02 Semanas

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





Nome: Juliana Lizza do Nascimento Registro: 116148
Clínica: Infarmaria: Iéito:

Date/Hora

13/08/18 #Ortopedia#

Paciente pós-op RAFE Ex ombro proximal (E) 06/07/18

Mobilidade ombro (E) limitada

Oriento exercícios de mobilidade ativa passiva

CD: FST

Retorno 1 mês.

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

RECEBIM. DE CONSULTA RADORA
26 OUT 2018



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO			6 - N° Prontuário	116148
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
162081099820002	25/02/1987	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VERA LUCIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8199335861
13 - Nome Responsável	ISRAEL			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)	RUA CLARA NUNES, 3 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	260620	PE	55900970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA MOTO-CARRO HÁ 24 H, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DO UMBRO D. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES				
21 - Condições que justificam a internação	TTO CIRÚRGICO				

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+IMAGEM				
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas		
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMBRO	S422	Z000			

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA				0416020069
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814898	
33 - Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação		35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	28/06/2018		18863	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

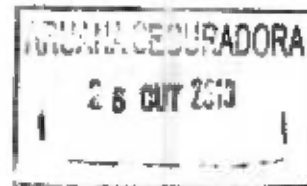
AIH
261810162265-3

Código do Laudo: 434386

AT 434524

AZ - 28/06/18

Spide - 02/08/18



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL MIGUEL ARRARES



SECRETARIA
DE SAÚDE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO **Prontuário:** 116148
Idade: 31a 4m 10d **Sexo:** F **Estado Civil:** SOLTEIRO **Data de Nascimento:** 25/02/1987
Profissão: **Escolaridade:**
R.G.: 7456384 **C.P.F.:** **Telefone:** 992762848 **CEP:** 55900970
Endereço: RUA CLARA NUNES, 3 - CENTRO - GOIANA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA **Data e Hora da Internação:** 28/06/2018 12:35
Convênio: SUS - INTERNACAO **Plano:** GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA **Acomodação:** ENFERMARIA DE OBSERVACAO **Leito:** VERD2EXTRA
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: **R.G.:** **C.P.F.:**
Endereço: **Numero:**
Telefone: **Cidade:** **Estado civil:**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 07 / 07 / 18 **Hora da Alta:** 19:04
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom condições para alta
Diagnóstico Principal.....: Fratura proximal do antebraço
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: Fixação com placa e parafusos + enxerto de osso
Médico e CRM: João Bosco B.C. Neto
 Ortopedia / Traumatologia
 CREMEPE 26670

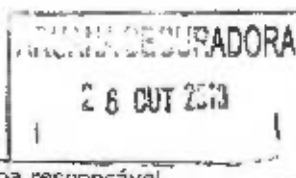
Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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 2018

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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

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

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO EM VIA PUBLICA PE 75 (SIC) TÊC DE SAMU GOIANA .APRESENTA COM CORTE EM FACE . + lesão em M.D

Logograma 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
- FREQUENCIA 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
NED: HMA

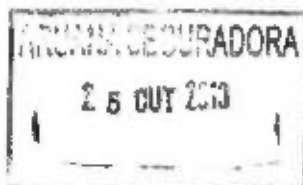
HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X) (sic)

Local

Luana Prexedes
Enfermeiro
COREN-PE 427.217



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

Data Impressão: 27/06/2018 12:42



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: **434388**

Senha da Classificação:

0008

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

Paciente: **116148 JULIANA LUIZA 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: **12346**

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 caminho do trabalho, estava em uso de capacete. Não apresentou episódios eméticos, perda da consciência. Ferimentos contusos em superfície direita, escoriações em frente. Tornozelo Direito imobilizado. Paciente queixa-se de dor com braço esquerdo. Não alergia.

Exame Físico

ECG: Reg. consciente, orientada, ECO = (6+5+6)=15, eupneica.
PA: 110/70 mmHg, SRA.
PR: 110/70 mmHg, SRA, TA = 120/80 mmHg.
ABD: Plano, flácido, dependentes, indolores à palpação.

Hipótese Diagnóstico

D.D. Pneumotórax

Prescrição Médica

1) Solicito TAC de crânio sem contraste, Radiografias de coluna cervical, tórax, pelvis, braço esquerdo e tornozelo direito.
- Sinto profeno 100 mg + 100mg DROGAL, EV. 1380

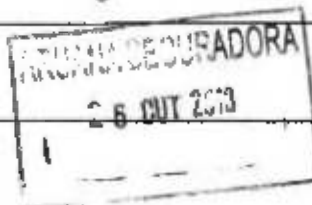
Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



27/06/18
14:00h

#SOT#

Punk com fratura de úmra moant
necessita de tratamento cirurg. Torçã
sem sinais de fratura. Re. revascular da
Arteria Geral

✓ Jan Burkamp

16:20 Reservo ^{CNA p. 26554} subconj. de pericó em pé a R de
TW (D) com alteração por revascular de Arteria
27/06/18 A. Faria de Reservo ^{com 300ml SF 0,9%}
#CG#

17:00 tnc cervical e torax: s/alt.
Pct estevel e s/ queixas. Et. fraco s/ alt.
lesão em supracostal direito, ~~discreta~~

CD: Lavar e suturar lesão
alta da ct após, aos cuidados da ortopediz.
A venda é

Lucas Montarroyos
MR Cirurgia Geral
CRM-PE: 24958

28/6

Filipe Guedes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 26683

01/07/18
06:31h

ESOT#
HD. Ex. umor proximal ①
Paciente apresenta a mobilidade do ombro ①
BBB, Aflor. Capax, Loto.
cd. Ag. preparação unguis

Ian Bustorff Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 25559

02/07/18

11:50

EST# Ex. umor proximal ①

Paciente com grau equinovarus moderado
Mascul no dextro, BBB expressos Loto
Ld. Ag. preparação unguis

03/07/18

10:49

EST# Ex. umor proximal ①

Paciente com, em graus
no momento, abdução
no dextro.

Ed. Ag. preparação unguis

04/07/18

11:10

EST HD Ex. umor proximal ①

Paciente abdução no dextro, em graus
no momento
BBB expressos abdução Loto
cd. Ag. preparação unguis

Filipe Guedes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 25559
SEGURO-DESEMPENHADA
26 OUT 2013

05/07/18

11:40

EST HD Ex. umor proximal ①

Paciente bem, em graus no momento
abdução no dextro.
BBB, expressos, Loto

cd. Ag. preparação unguis

Filipe Guedes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 25559



MIGUEL ARRAS



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]

26 OUT 2013



HOSPITAL MIGUEL ARRAS




Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueroa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Juliana Souza do Nascimento REG: 116198
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: Verde 2 LEITO: _____

CLÍNICA: 0 ENFERMAGEM: Verde 2 LEITO:

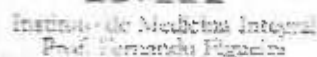
DATA/HORA	
21/7/18	Psicologia Por solicitação do Serviço Social, foi realizado atendimento inicial à paciente que se apresentou receptiva, comunicativa, expressando sua vivência hospitalar, demonstrando, no momento, aceitação de sua realidade situacional.
	 Érika Regina Psicóloga CRP 102-14.249

Évans
Psychologue
CRP-102-14,248

26 OUT 2013



MIGUEL ARRUEZ



Volume 1

NOME: _____ REG: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA

RECEBUE DE ENTREGA
10/06/2013
C-6 CUY 2013

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 50550

Sala : 0002

SALA 02

Paciente : 116148

JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

Atendimento : 434524

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 779

VERD2EXTRA

Idade : 31 Anos 11 Dias 11 Horas

Dt. Início : 06/07/2018 08:43 Dt. Fim : 06/07/2018 11:18

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

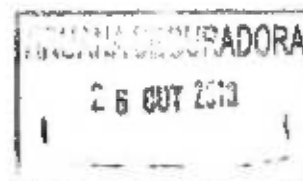
Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE Umero 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. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MSE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM SULCO DELTO-PEITORAL E
5. DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS ATÉ FOCO DE FRATURA
6. REDUÇÃO DA FRATURA
7. APOSIÇÃO DE ENXERTO RETIRADO DE CRISTA ILIACA ANTEROSSUPERIOR DIREITA
8. MONTAGEM DE PLACA EM TREVO 3,5MM NO FOCO DE FRATURA
9. CHECADA SÍNTESE E REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. LIMPEZA COM SF 0,9%
11. SUTURA POR PLANOS;
12. CURATIVO;
13. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL
14. RAIO X DE CONTROLE



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ícaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

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

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 779 VERD2EXTRA

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

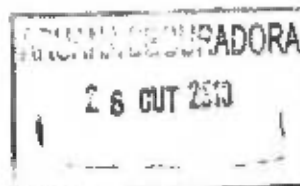
Usuário: MONICABSL

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 ALENCAR

RECEITUÁRIO

Laudo Médico

Declaro, para os devidos fins,
que a Sra. Tereza Sampaio
do Nascimento, 31 anos, foi
submetida a procedimento
cirúrgico de tratamento de
fratura de umso proximal (E)
no dia 06/07/18, com colocação
de placa e parafusos. Encontrou-se
em condições físicas boas
no momento. Está, no momento,
impossibilitada de exercer suas
atividades habituais. CID. S42.2

10/12/18

Jan Busto Jr Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM 122.165/569

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU BEBÊ

ARUANA SEGURADORA
11 DEZ 2018



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Juliana Luiza do Nascimento

#Lewelo 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 dos proximal esquerdo. ~~26/07/2018~~
tratamento cirurgico no dia 26/07/2018 com
placas e parafusos encontra-se com limitação
funcional de movimentos do ombro esquerdo
flexão 90° abdução 60° Rotação interna
ao L5. Paciente com perda de força
Crew II, com dores fortes

CID: S42.2

41/07/19

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.720

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Atenção: Ler o plano de tratamento

#MiguelArraes

Foram encaminhados para o paciente
um plano de tratamento ortopédico
com acompanhamento da equipe de ortopedia
e fisioterapia para garantir a funcionalidade
do membro superior direito, visando a
realização de suas atividades diárias com
o uso de prótese de membro superior direito
e de membros inferiores. O plano de tratamento
é o seguinte: 1º - Realizar a cirurgia de
protese de membro superior direito e de
membros inferiores.

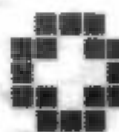
Atenciosamente

11/07/19

Dr. Claudyson Oliveira Rocha
Ortopedia e 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

#Lauelo 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 umero proximal esquerda, submetida a
tratamento cirurgico no dia 06/07/2018 com
placas e parafusos encontra-se com limitação
funcional de movimentos do ombro esquerdo
elevação 90°, abdução 60°, Rotação interno
em L5, Paciente com perda de força
Grew II, com dores fortes

CID: S42.2

11/02/13

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

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

ARIANA SEGURO DORA

06 MAI 2013

RECEITUÁRIO

Juliana Luiza do Nascimento

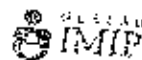
#Lauelo Médico

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 umero proximal esquerda, submetida a
tratamento cirurgico no dia 06/07/2018 com
placas e parafusos encontra-se com limitação
funcional de movimentos do ombro esquerdo
elevação 90°, abdução 60°, Rotação interno
em L5, Paciente com perda de força
Graw II, com dores fortes

GLO: 542.2

11/02/19

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



RECEITUÁRIO

Lançar médico

Declara P/ os de todos fins
que a Paciente Tuliana Luiza
do Nascimento Foi submetida

à Tratamento cirúrgico de Fixação
de Ombro Proximal (E) em 06/07/11
Evolui com déficit de ADM e
Sagital Refinitiva com Diminuição
de ADM e força em ombro (E) (Grav)

Ombro (E): Elevação 160°; Abdução: 120°;
RE: 30° RJ: T8, Adução: 45°.

melhoria de Funções motoras
P/ Ganhos de Força muscular e
Qualidade de vida (Análise) Reforço
do LCA. Em acompanhamento
Ambulatorial P/ Avaliar melhora de
força.

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

CID: S42.2
T92.1

05/08/11

ARIANA SEGURADORA

28 AGO 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO





Juliana Luiza do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 7.456.384 DATA DE EMISSÃO 04/11/2003

NOME << JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO << GENETON LUIZ DO NASCIMENTO >>

<< VERA LUCIA DA SILVA >>

NATURALIDADE CONDADO PE DATA DE NASCIMENTO 25/02/1987

DOCUMENTO << CN 37719 L33-A F283 CART. DE GOIANA PERNAMBUCO 21.07.1985 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/08/83

F-01 43949

ARMARILHADA

2 6 OUT 2013



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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE 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

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

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, solteira (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.

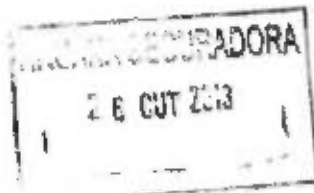
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga, os poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes 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 mandato.

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

CARTÓRIO
Carlos Torres

Goiana PE, 26 de julho de 2018

Juliana Luiza do Nascimento
- Outorgante -



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE GOIÂNIA
RUA DR. MANOEL BOISA, N° 83, CENTRO - GOIÂNIA / PE - CEP: 55.900-000
TEL: (81) 3620-0518 - E-MAIL: NOTARIOS@GOIANIAPE.COM - CNPJ: 11.489.406/0001-00

Reconheço, Por Autenticidade a firma de: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO, dou fé. Goiana/PE 26/08/2018 08:31:00 Embr:3,59; TSNR:0,80; FERC:0,40; TOTAL: 4,79. QP:112 Selo digital nº 0073585.WHC08201801.00918. *Marina M. C. Torres* MARINA M. C. TORRES ESCRIVENTE Consulte autenticidade em "www.tpe.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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 28/08/2019
Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 706.954.234-87

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 24/04/2019
Nome: EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA
CPF: 706.954.234-87

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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 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

EDUARDO RICARDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180505983

Vítima: 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

Carta nº 13540843



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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13709843



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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14313324



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



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

076.232.524-90

Nome completo da vítima

JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO		CPF titular da conta 076.232.524-90		Profissão DO LAR	
Endereço R. CLARA NUNES			Número 03		Complemento
Bairro NOVA GOIALMA	Cidade GOIALMA		Estado PE	CEP 55.900-000	
Email eduenriadox@yahoo.com.br				Telefone (DDD) 81	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ **CONTA POUPEANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRCL

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

BRADESCO

AGÊNCIA

NRCL

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1800

7

31026

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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



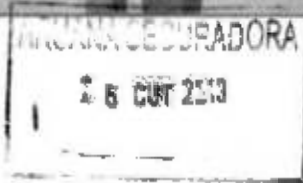
GOIALMA PE 26 de Outubro de 2018

Local e Data

Juliana Luiza do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134003655**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO 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:

VEICULO: (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)

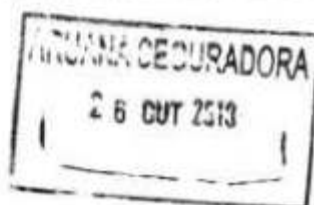
JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: VERA LÚCIA DA SILVA Pai: GENETON LUIZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 25/2/1987 Naturalidade: CONDADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7456384/SDS/PE (RG). 07627252490 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO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

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO 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** Chassi: **9C2KC1650DR321456**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD ANO 2013 PLACA OYL 9510/PE**

Complemento / Observação

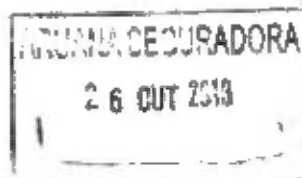
COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE NOME JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO COM A INTENÇÃO DE NOTICIAR O SEGUINTE: QUE ENCONTRAVA-SE TRANSITANDO PELA RODOVIA ESTADUAL PE - 075 NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO DE FLEXEIRAS NA CARONA DE UM MOTOTAXI DE NOME SEVERINO RAMOS PAULINO DA SILVA - MOTOCICLETA HONDA CG 150 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

JULIANA LUIZA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE OTAVIANO MEDEIROS PINHEIRO** - Matrícula: **272926-1**



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

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter 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.

COIAM PE 09 de Agosto de 2018

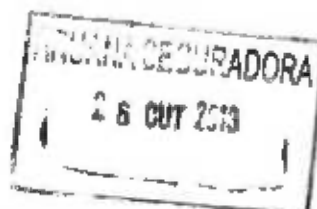
Local e Data

☒ Juliana Luiza do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Nascimento

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 Souza 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. A Ocorrência aconteceu no (a)

PE-75 Sentido Condado Roxo a Flexeiras, onde após os cuidados, a

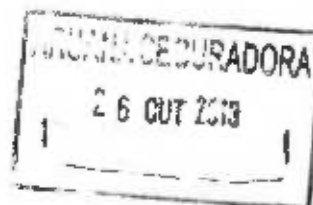
vítima foi removida para

Hospital Miguel Arraes.

Dr. Wagner Monteiro de Oliveira
Coordenador Médico
CRM 18476
SAMU Metropolitano de Goiânia

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

BRADESCO191120180500000000023701800000000031026168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURAS - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.632/0001-01 | Ins. Est. 0005943-88 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VERA LUCIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CLARA NUNES 3

CPF: 014.715.604-14 MS: 18657855140

NOVA GOIANA/GOIANA
GOIANA, PE
55900-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BADA RENDA COM MS
Módulo 1

UF	CONTA FISCAL	SEMI	QUANTIDADE
023237064	UNICA	08/07/2018	
08/07/2018	2027887880	4211790	

CONTA CONTRATO	RESUMO
7009599198	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
16/07/2018	08/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	39,43

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	30,000000	0,1688889	5,07
Consumo Ativo Superior a 20 até 100 kWh	18,000000	0,31890376	5,74
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,73
Contribuição Iluminação Pública			4,40
Multa por atraso NF 019550402 - 08/08/18			0,53
Juros por atraso NF 019550402 - 08/08/18			0,11
Anulação KPM NF 019550402 - 08/08/18			0,16
PRO-CRIANÇA (081)3412-8800 Usado 031 8888			4,00
Compensação DMC 05/18			-0,06

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								39,43
Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWh)	
315040000	CA2	30/06/2018	5611,90	08/07/2018	5710,00	31	98,10	

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PREÇOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (KWh)	Base de Cálculo	%	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Jul 18	98,10	R\$ 16,89	42,11%	R\$ 14,71	40,30%
Abr 18	94,00	R\$ 15,84	41,11%	R\$ 13,70	39,16%
Abr 18	94,00	R\$ 15,84	41,11%	R\$ 13,70	39,16%
Abr 18	113,00	R\$ 18,89	47,11%	R\$ 16,22	43,89%
Mar 18	83,00	R\$ 13,89	34,11%	R\$ 12,22	32,89%
Fev 18	78,00	R\$ 12,89	32,11%	R\$ 11,22	30,89%
Jan 18	73,00	R\$ 11,89	29,11%	R\$ 10,22	28,89%
Dez 17	56,00	R\$ 9,39	23,11%	R\$ 8,22	22,89%
Nov 17	130,00	R\$ 20,89	52,11%	R\$ 18,22	48,89%
Out 17	185,00	R\$ 29,89	74,11%	R\$ 26,22	68,89%
Set 17	195,00	R\$ 31,89	79,11%	R\$ 28,22	73,89%
Ago 17	186,00	R\$ 30,89	77,11%	R\$ 27,22	71,89%
Jul 17	140,00	R\$ 23,89	59,11%	R\$ 21,22	56,89%

PRECÍZ: 0350 DAB4 3181 2222 ANCF EB3B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para não sofrer penalidade por não pagamento de energia elétrica, o consumidor deve pagar a fatura até o dia 15 de cada mês. O não pagamento da fatura no prazo estabelecido acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar a fatura até o dia 15 de cada mês. O não pagamento da fatura no prazo estabelecido acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve pagar a fatura até o dia 15 de cada mês. O não pagamento da fatura no prazo estabelecido acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

RECEBIDA
26 JUL 2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS ANTERIORMENTAS				NÍVEL DE TENSÃO	
DATA	VALOR ATUAL	UNIDADE	VALOR ANTERIOR	TENSÃO NOMINAL (V)	VALOR DE TENSÃO (V)
08/07/2018	2,87	4,36	0,99	220	207
1,00	2,87	4,36	0,99		231
2,87	2,87	4,36	0,99		

CONTA CONTRATO	RESUMO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7009599198	07/2018	16/07/2018	39,43

83850000000-8 39430011007-0 00959919810-2 12091634253-1

Claro



EDUARDO R
R DA CONC
CS CENTR
55900-000



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

00100044



5016210573150720000000004430170918

DATA DE POSTAGEM: 17/05/2018

RECEBIDA
26 OUT 2018

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

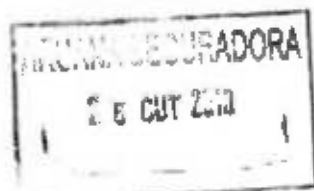
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 <u>R. DA CONCEIÇÃO</u>		Número <u>43</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>GOIÂNIA</u>	Estado <u>GO</u>	CEP <u>55.910-000</u>
Email <u>ericendo2406@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81 9.9393-7119</u>



GOIÂNIA GO, 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 Goiana, no Estado de
PERNAMBUCO, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
LOT. BOA VISTA II CEP: 55.900-000, 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 RIMOS ADELINO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN ESD
Ano: 2013/2013
Placa: OYL - 9510
Chassi: 5C2KC1650D2321456
Data do Acidente: 27/06/2018
Local e Data: GOIÂNIA, PE...

Helaine Ramos Paulino Da Silva
Assinatura do Declarante

x Severino Ramos Paulino da Silva

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



Alana da Paz Domingos
Escritora

