



Número: **0002219-69.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64201592	06/07/2020 11:30	2729604_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARUARU/PE

PROCESSO: 00022196920208172480

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/07/2019.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



CUMPRE SALIENTAR QUE A PARTE AUTORA JÁ RECEBEU DA RÉ, EM SEDE ADMINISTRATIVA, O MONTANTE DE R\$7.020,00, VALOR ORIUNDO DE QUATRO SINISTROS OPOSTOS, OS QUAIS O PRIMEIRO OCORREU EM 24/06/2016, OCASIÃO EM QUE A PARTE AUTORA ADQUIRIU LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO E NA MÃO DIREITA, O SEGUNDO SINISTRO OCORREU NO DIA 12/08/2017, TENDO A AUTORA ADQUIRIDO LESÃO NO 5º QUIRIDÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

O TERCEIRO ACIDENTE OCORREU EM 10/06/2018, OCASIÃO EM QUE A AUTORA ADQUIRIU LESÃO NO OMBRO DIREITO E O QUARTO SINISTRO OCORREU NA DATA DE 11/06/2019, TENDO OCORRIDO LESÃO NA MÃO ESQUERDA, ACIDENTE DISCUTIDO NA PRESENTE LIDE.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **11/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL ESTABELECIDO NO ART. 3º DA LEI 6.194/74 - R\$ 13.500,00

DAS INDENIZAÇÕES JÁ RECEBIDAS RELATIVAS AO SEGURO DPVAT

Insta esclarecer que, o autor ingressou com pedido administrativo e após o crivo medico da seguradora recebeu o valor de **R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)**.

MERECE DESTAQUE QUE O AUTOR JÁ RECEBEU DA RÉ O MONTANTE DE R\$7.020,00 (SETE MIL E VINTE REAIS), UMA VEZ QUE, O AUTOR JÁ SOFRERA OUTROS TRÊS ACIDENTES DIVERSOS, TENDO O PRIMEIRO OCORRIDO EM 24/06/2016, OCASIÃO EM QUE A PARTE AUTORA ADQUIRIU LESÃO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO E NA MÃO DIREITA, O SEGUNDO SINISTRO OCORREU NO DIA 12/08/2017, TENDO A AUTORA ADQUIRIDO LESÃO NO 5º QUIRIDÁCTILO DA MÃO ESQUERDA.

O TERCEIRO ACIDENTE OCORREU EM 10/06/2018, OCASIÃO EM QUE A AUTORA ADQUIRIU LESÃO NO OMBRO DIREITO E O QUARTO SINISTRO OCORREU NA DATA DE 11/06/2019, ADQUIRINDO A AUTORA LESÃO NA MÃO ESQUERDA, ACIDENTE DISCUTIDO NA PRESENTE LIDE.

A Lei 6194/74, dispõe sobre os limites máximos indenizáveis para a cobertura do Seguro DPVAT:

“art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

...

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

[...]

Considerando o estabelecido, cabe informar que a parte autora **já recebeu indenização do Seguro DPVAT no valor de R\$ 7.020,00 (sete mil e vinte reais)**.

Portanto, requer a juntada dos inclusos documentos que comprovam as indenizações recebidas; e caso se reconheça o direito do autor à eventual indenização, o valor da condenação não poderá ser superior à diferença do somatório das indenizações já recebidas até o valor correspondente ao teto legal.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017



Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CARUARU, 18 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **CARUARU**, nos autos do Processo nº 00022196920208172480.

Rio de Janeiro, 18 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0002219-69.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64201593	06/07/2020 11:30	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lucia Neves de Arruda Lima
RG nº 5595210, data de expedição 29/06/11, Órgão SDS
portador do CPF nº 027.599.334-56, com Domicílio na
cidade de Baruana, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Barauna,
nº 18, complemento Alba, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
cujo o condutor era Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

Veículo: Motocicleta
Ano: 2012/2013
Modelo: Honda NXR 150 Bros 6SD
Placa: PFS 6768
Chassi: 9C9K D0540 DRLO 2080
Data do acidente: 10-06-2018

Local e data: Baruana, 13 de julho de 2018

Maria Lucia Neves de Arruda Lima
Assinatura do Declarante - Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. ORRÍO TORRES
R. dos Expedicionários, 112 - Vila Serrana dos Dourados - Caruaru/PE - CEP: 55003-440 Fone: (81) 3782.4733 - Fax: (81) 3782.2118
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA; dou fé.
Selo: 0073718.AHQ06201802.02068
Caruaru/PE, 11/07/2018 09:30:27. Em test. da verdade.
Neves de Arruda Lima
NEVES DE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
Consulte Autenticidade em: www.tpejustbr/autenticidade



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. ORRÍO TORRES
R. dos Expedicionários, 112 - Vila Serrana dos Dourados - Caruaru/PE - CEP: 55003-440 Fone: (81) 3782.4733 - Fax: (81) 3782.2118
Reconheço por autenticidade a firma de ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA; dou fé.
Selo: 0073718.VF106201803.04500
Caruaru/PE, 23/07/2018 12:38:38. Em test. da verdade.
Cynthia Morgana Lima Sabino
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
Vanessa

ARUANA SEGURO

22 NOV 2018



120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Alergias: Nimesulide



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS
Ficha de Atendimento

Clínica Médica

SALA
AMARELA

HA DO PACIENTE: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: _____ HORA: 19:30 TURNO: NOTURNO

DO PRONTUÁRIO: 0920 DATA: 10/06/18 SEXO: F () M (X) DT. NASC: 14/06/1996

ME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ALMEIDA ZIMA

DE: 21 MÃE: MARIA ZUCIA NEVES DE ALMEIDA ZIMA

PAI: CARLOS ALBERTO DE ZIMA

DEREÇÃO: R. MANOEL BANANNA Nº 700 COMPLEMENTO: CASA

RRO: CONG. CARLOS FENHA CIDADE: CARUARU FONE: 9292-2803

DO CARTÃO SUS: _____ Nº DO RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1-1-

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda da motocicleta na 300m.

Refere episódios de desmaio e sonolência
Neos comatos. Refere ainda dor em
ombro direito

ME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

Joseane Mendes
Aux. de Farmácia
Mg. 15.140-2

DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

INDICAÇÃO: 1) Descompressão do comp. IM, 20/05

2) Rx de clavícula

3) Tiletal - OIFA 1000 20/05

4) Dipirona - OIFA 1000 20/05

INDICAÇÃO DE ALTA: 1) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

2) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

3) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

4) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

5) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

6) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

7) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

8) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

9) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

10) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

11) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

12) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

13) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05



HOSPITAL REGI L DO AGRESTE
EMER:STAD CIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 420409

Prontuário: 277402

Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Data Nasc.: 14/06/1996

Idade: 21

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 706501365348899

Endereço: SÍTIO GONSALVES FERREIRA

Nº: 700

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55032970

Fone: 98954900

Profissão: AUXILIAR DE COSTURA

Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 11/08/2018 10:08

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Glândula de mão. Motocicleta
2000cc (5).

Exame Físico:

Glândula de mão. Motocicleta

PA:

FC:

FR:

Rx. Antebraço 1/2. Glândula de mão. Motocicleta

Diag. Provisório:

Fratura de clavícula

Cl: ENTENDIMENTO P1
TTO Clavícula

Prescrição:

Dietas:

Data

Horário

Ortopedia / Traumatologia
Clavícula de Quilô
CRM-PE: 16.693 TEOT: 14.489

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente (X) Familiar MAR

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Maria Luíza Maria de Arantes Lima RG: 5545210
Endereço: R. Gonçalves Ferreira Tel.: (81) 9895-4900
Data: 12/06/18

Maria Luíza Maria de Arantes Lima
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadlu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

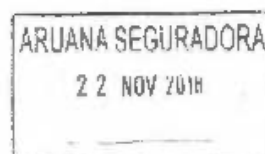
Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

6/11/2018 10:08:44 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
JOSERPGS



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDRÉSON ALBERTO NETO R. A. LIMA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

27742

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

40615013615341812919

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/06/196

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Marcelina Alves da Silva Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO

8198348090

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

São Domingos Faria

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Colônia

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

35601970**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário no pronto socorro com sintomas de dor no abdômen + dor nas costas e náuseas

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Prontuário encaminhado de emergência

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

Rx: Anterior e lateral de abdômen

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prontuário de emergência

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNES () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - NOME DO BENEFETÁRIO

38 - SÉRIE

39 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO


() CNES () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

ARUANA SEGURADORA**22 NOV 2018**

		PREFEITURA DE CARUARU				Número da NFS-e	
		SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL				386590	
		NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e					
Data e Hora da Emissão		27/06/2018 10:33:44		Competência	27/6/2018		Código de Verificação
Número do RPS				Local da Prestação	CARUARU - PE		684097556
Dados do Prestador de Serviços							
Razão Social/Nome		CLINICA SAO GABRIEL LTDA					
Nome Fantasia							
CNPJ/CPF	05.009.480/0001-02	Inscrição Municipal	17675	Município	CARUARU - PE		
Endereço e Cep	RUA SÃO GABRIEL, 00897 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-300						
Complemento		Telefone	(81)3722-9949	e-mail	contabilorient@hotmail.com		
Dados do Tomador de Serviços							
Razão Social/Nome		ANDERSON ALBERTO DE NEVES ARRUDA LIMA					
CNPJ/CPF	113.025.654-51	Inscrição Municipal		Município	CARUARU - PE		
Endereço e Cep	SITIO GONÇALVES FERREIRA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55000-000						
Complemento		Telefone		e-mail			
Discriminação dos Serviços							
REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS							
VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS R\$ 6,81							
Código do Serviço / Atividade							
4.03 / 863050100 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS							
Detalhamento Específico da Construção Civil							
Código da Obra				Código ART			
Tributos Federais							
PIS		COFINS		IR(R\$)	INSS(R\$)	CSLL(R\$)	
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$	227,00		Outras Retenções		Valor dos Serviços R\$ 227,00		
(-) Desconto Incondicionado			Natureza Operação		(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Desconto Condicionado			1-Tributação no município		(-) Desconto Incondicionado		
(-) Retenções Federais	0,00		Regime especial Tributação		Base do Cálculo 227,00		
Outras Retenções			0-Nenhum		(X) Aliquota % 3,00		
(-) ISS Retido			Opção Simples Nacional		(-) Valor do ISS R\$ 6,81		
(=) Valor Líquido R\$	227,00		2 - Não		() Sim (X) Não		
				Incentivador Cultural			
				2-Não			
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.							
Avisos							

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente, de um lado a **CLÍNICA SÃO GABRIEL LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 05009460/0001-02, estabelecida na Rua São Gabriel, nº 897, bairro Maurício de Nassau, cidade de Caruaru - PE, neste ato representado por MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA NÓBREGA, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CPF/MF nº 471.659.954-04 e do RG nº 2.022 CRF/PE, residente e domiciliada na Rua PE. Zacarias Tavares, nº 194, bairro Indianópolis, cidade de Caruaru-PE, doravante denominada **CONTRATADA** e de outro lado Sr.(a), **ANDERSON ALBERTO DE NEVES ARRUDA LIMA**, brasileiro, portador(a) do RG: 9284112 SDS PE e do CPF: 113.025.654-51, SÍTIO GONÇALVES FERREIRA, S/N - Caruaru/PE.

CONTRATANTE, firmam o presente contrato de prestação de serviços de acordo com as Cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços médicos em favor da **CONTRATANTE** referente à realização de Cirurgia a ser realizado na instituição denominada **HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL entidade credenciada** à **CONTRATADA**.

1.2. A cirurgia Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico por Dr(a). Pablo Thiago Cavalcanti De Albuquerque, sem impedimento comprovado, e tem data prevista para internamento no dia 15 de junho de 2018 e para ser realizado no dia 15 de junho de 2018.

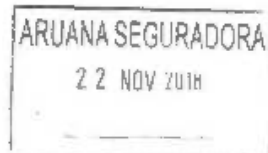
CLÁUSULA SEGUNDA: PREÇO DOS SERVIÇOS

2.1. A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** pela prestação dos serviços descritos no item 1.1 da Cláusula Primeira, o valor total de R\$ 7.727,00 (sete mil, e setecentos e vinte e sete reais), sendo o pagamento a vista R\$ 7.500,00 e R\$ 227,00 em 3 vezes no hiper, referente material, honorários médicos e despesa hospitalar sendo limitado a duas diárias em apartamento, de acordo com orientação médica.

2.2 A **CONTRATANTE** declaram expressamente estar ciente e de acordo que o valor descrito no item 2.1, trata-se do valor previsto para o procedimento ao qual será submetida.

2.3. A **CONTRATANTE** também declara expressamente estar ciente que quando da realização do ato cirúrgico poderão ocorrer circunstâncias inesperadas que aumentar os custos os quais serão repassados a mesma mediante comprovação.

2.4. Caso ocorra a majoração de valores, obriga-se a **CONTRATANTE** a efetuar o pagamento da diferença, podendo se utilizar da mesma forma de pagamento do valor inicial.






LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, FIXADO COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA.

SOLICITO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR UM PERIODO DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

CID: S42.0


Dr. PABLO THIAGO ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
28/06/2018

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2018



HOSPITAL MEMORIAL


Nº PRONTUARIO
3917DATA DE ENTRADA
15/06/2018 ÀS 07:12Nº REGISTRO
2910

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 14/06/1996	IDADE: 22 anos, 0 meses e 1 dia
NOME DA MAE: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA		NOME DO PAI: CARLOS ALBERTO DE LIMA	IDENTIDADE: 9284112	CPF: 113.025.654-51
TELEFONE: 81998851752		CEP: 81991623573	CELULAR: 81991623573	
ENDERECO: SÍTIO GONÇALVES FERREIRA	Nº: 700	BAIRRO: ZONA RURAL	CIDADE: CARUARU	UF: PE
CONVÊNIO: 26 CARTAO SAO	MATRICULA: 469461001000	VALIDADE CARTEIRA: 31/12/2018	SENHA: 000000000	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: PALOMASILVA	PROFISSÃO:
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODACAO: APARTAMENTO	LEITO: 404	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU

Queixa Principal:

Problema de andar no
de andar a pé

História Clínica:

Problema de andar e andar no

Exames:

Exames de andar no

HD:

Problema de andar e andar no

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Data Alta: / / Hora: /

Médico Responsável:

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Paciente ou Responsável

Palomasilva
PALOMASILVA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 8137277272 Ort - CNPJ: 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURODORA

22 NOV 2018

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

OPERAÇÃO PROPOSTA:

OPERAÇÃO REALIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

DATA:

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)
- 6 - DRENO E Sonda (PENROSE, KERH, ETC.)

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
- 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
- 9 - PEÇA OPERATÓRIA - ANAT. PATOL.

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1 - 0011 - Admissão do paciente
 2 - Anestesia total com intubação e controle de pressão
 3 - Acesso por via abdominal - incisão de 10 cm na região
 4 - Redução cirúrgica + fixação com oclusor
 5 - Análise do conteúdo do saco e identificação de
 6 - 03 pontos de sutura + 03 pontos de fechamento de
 7 - 02 pontos de sutura
 8 - Fechamento da incisão com monocril
 9 - Curativo e monitorização

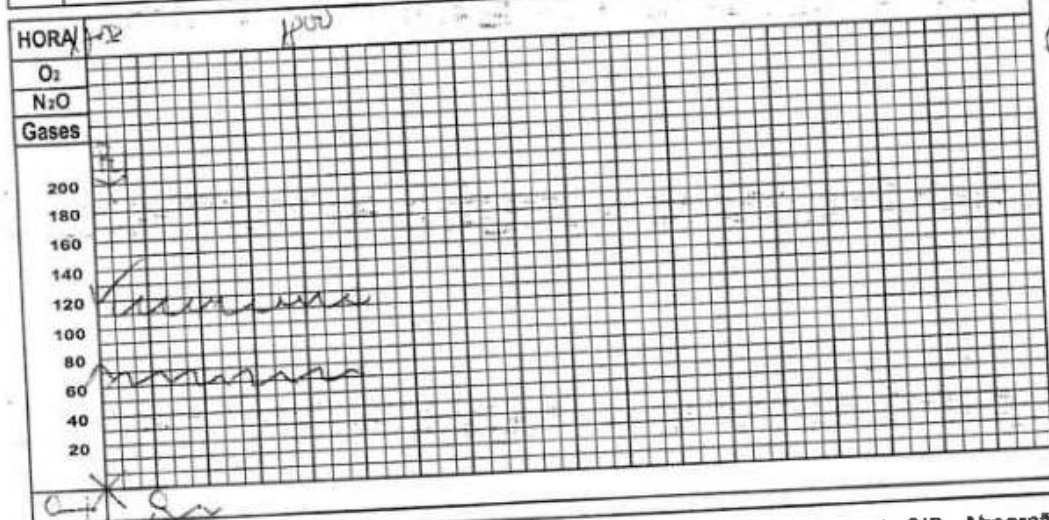
FICHA DE ANESTESIA

DATA: _____
HORA: _____

CATEGORIA

NOME: <u>Anderson Augusto Naves de Almeida Lima</u>					DATA: <u>15/06/19</u>	REG: _____
SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>	IDADE: <u>22a</u>	PESO: _____	ALT: _____	HOSPITAL: _____	

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Pré-operatório Cirurgia</u>								
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PORPOSTA <u>Blockade para</u> <u>Pré-anest. 1/2 via intravenosa</u> <u>com 5mg/ml de am + 1mg/ml de</u> <u>prop. com 1mg/ml de am + 1mg/ml de</u>				
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA <u>1to Cirurgia Fratura Clavícula</u>				ALERGIA: _____				
	OP. REALIZADA: _____				ANEST. ANTERIOR: _____				
					PRÉ-ANESTÉSICO: <u>Midazolam 5.0mg</u>				
					ECG: _____				



ANOTAÇÕES
1. Sonda 1cm

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂			
<u>Verbal</u>	<u>0.2%</u>	<u>30 cc</u>	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda			
<u>Verbal</u>	<u>0.2%</u>	<u>20 cc</u>	Intubação			
<u>Etomidat</u>	<u>0.1%</u>		Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.
			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final
			Resultado	Reflexo		
			Duração da Op.	Duração da Anest.		
			Monitorização	<u>ECG + Oximetria + Sat</u>		
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR CIRC RESP \$

ARJANA SEGURADORA

22 NOV 2018

Médico Anestesiista




PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
MÉDICO SOLICITANTE: Dr (a). PABLO THIAGO
DATA: CARUARU, 27 DE AGOSTO DE 2018.
PLANO: SAO GABRIEL
IDADE: 22 ANOS

RX DO OMBRO ESQUERDO

Controle de tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita, fixada por placa e parafusos metálicos.

Espaços subacromial e glenoumeral reduzidos.

Partes moles sem alterações.


Dr. João Rodrigues A. Neto
Radiologista
C.R.M. 11976



Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE





ATESTADO MÉDICO


ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Anderson Alberto
Nunes da Arruda Lima

necessita de 15 (Quinze) dias de licença,

por motivo de doença a partir de esta data

CID 542.0

Caruaru 11 de 06 de 18


Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018

HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL LTDA Fone.: 81 3727-7250 C.G.C.: 22.721.288/0001-26 Pag: 001
 Bairro: CEP: 0- Município: UF: PE
 Paciente: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA Idade: 22 anos 14/06/1996 Empresa: Senha: 000313539
 Segurado: Matrícula: 469461801000 Guia: 090313539 Remessa: 70 7/2018
 Convenio: Q026 CARTÃO SÃO GABRIEL HSG Registro: 000002910 Cod.p/Conv.: Emissão: 04/09/2018 as 08:53
 Início Tratamento: 15/06/2018 as 07:12 Alta: 16/06/2018 as 17:36 Motivo: Melhorado Permanência: 3 dias
 Localização: Bloco: 4 ANDAR Acomodação: APT40 Leito: 404
 Procedimento: 30717108 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES S/OU AVULSÕES - TRATAMENTO Horário do procedimento: 07:12
 Médico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO Usuário: MARIALIMA

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Procedimento	Descrição	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Data	F.P.	Perc.	C.N.	Qt.	Valor Total
13.07.17.10-8	FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/O	Clin.	15172	000.382.654-60	PABLO THIAGO CAV	15/06/2018	0,0	1			1.830,00
Total										---	1.830,00
Total - S.Prof./N.Cred.										---	1.830,00
Total de Serv. Hosp.										---	0,00
Total de Ron. Nao Cred.										---	1.830,00
Total Geral da Conta										---	1.830,00

ARUANA SEGURADORA
 22 NOV 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9000356 SDS PE

CPF
029.170.884-60

DATA NASCIMENTO
30/01/1978

FILIAÇÃO
SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSINHA DA
SILVA

PERMISSÃO
30/01/2015

CAT. NAS.
AB

Nº REGISTRO
06279302661

VALIDADE
06/02/2021

1ª HABITACÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO TITULAR
Rosilene Margarida da Silva

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
07/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Ambrósio Sousa Ribeiro
Secretário de Habitação

PERNAMBUCO

8562286341
PE08181115

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014207117144
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 DOD. RENAVAM 556025674 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

CARUARU-PE 0

CPF / CNPJ 027.599.224-58 PLACA PF36758

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2KD0540DR102080

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/ GASOL

MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / OIL 2F / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS

IPV FAIXA IPV PARCELAMENTO / COTAS 2ª VENC. / COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) XOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM. RESERVA OBSERVAÇÕES

CARUARU DATA 11/07/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA-A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO- SEGURO DPVAT

PE Nº 014207117144 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 11/07/18

VIA 2 CPF / CNPJ 027.599.224-58 PLACA PF36758

RENAVAM 556025674 MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP / POT / OIL 2F / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS

IPV FAIXA IPV PARCELAMENTO / COTAS 2ª VENC. / COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) XOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM. RESERVA OBSERVAÇÕES

CARUARU DATA 11/07/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

ARUANA SEGURADORA

01/07/2018 22 NOV 2018



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Anderson Alberto Neves de Almeida Lima
DATA DO ACIDENTE 10-06-2018 CPF DA VÍTIMA 113026654-31
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rosilene Mangarida da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Barauna
Nº 18 COMPLEMENTO Gaza BAIRRO Gonzales Ferreira
CIDADE Caruaru UF PE CEP 55105-000
E-MAIL Rosilene.mangarida@hotmail.com TELEFONE (11) 99285-308

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA Rosilene Mangarida da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA 22 NOV 2018
NOME ARUANA SEGURODORA
ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548972 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548972 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Nº Sinistro: **3180548972**

Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548972**.

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 13623801

Pag. 00367/00368 - carta_01 - INVALIDEZ

00020184



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 113.025.654/51 Nome completo da vítima: Anderson Albonito Neves de A. Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Anderson Albonito Neves de Almeida Lima CPF: 113.025.654/51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boatuaru Estado: PE CEP: 55105-000
E-mail: Rosa.Silva_Reguero@hotmail.com Tel.(DDD): (81)99285-3008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 ☐ CONTA: 00082758 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boatuaru, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Anderson Albonito Neves de Almeida Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____

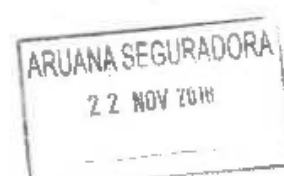
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura
ARJANA SEGURADORA
22 NOV 2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0179002452**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2018** às **17:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **10/6/2018** às **18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, ESTRADA DE GONCALVES FERREIRA -**
Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO OUE (AUTOR / AGENTE)
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (OUTRO)
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

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

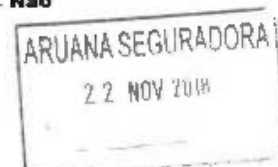
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 14/6/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 700, RUA MANOEL BARAUNAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO OUE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



11/09/20



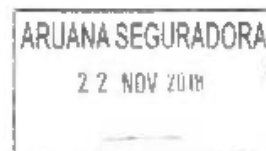
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PF36768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KDO540DR102080**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA DE VINHA PILOTANDO A REFERIDA MOTO QUANDO NO LOCAL MENCIONADO UM DESCONHECIDO JOGOU UM PEDRA NA VITIMA, TENDO A PEDRA ATINGIDO A VITIMA QUE CAIU, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES A UPA DAS RENDEIRAS EM SEGUIDA AO HRA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO AO CLINICA SAO GABRIEL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA(VITIMA) *Anderson Alberto Neves de Arruda Lima*B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-8***Francisco Miguel da Silva*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 113.025.654/51 Nome completo da vítima: Anderson Albonito Neves de A. Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Anderson Albonito Neves de Almeida Lima CPF: 113.025.654/51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boa Ventura Estado: PE CEP: 55.105-000
E-mail: Rosa.Silva_Reguero@hotmail.com Tel.(DDD): (81)99285-3008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 ☐ CONTA: 00082758 ☐ 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boa Ventura, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Anderson Albonito Neves de Almeida Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura
ARJANA SEGURADORA
22 NOV 2018

120 x 70 mmHg

amp: _____ °C FR: _____ rpm

____ bpm Peso: 68 kg

GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %

alergias: Nimesulide



Clínica Médica

SALA
AMARELA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

HA DO PACIENTE

Nº DA OCORRÊNCIA

HORA: 19:30 TURNO: NOTURNO

DO PRONTUÁRIO: 0920

DATA: 10/06/18

SEXO: F () M (X)

DT. NASC. 14/06/1996

ME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ALBUQUERQUE ZIMA

DE: 21 MÃE: MARIA ZUCIA NEVES DE ALBUQUERQUE ZIMA

PAI: CARLOS ALBERTO DE ZIMA

ENDEREÇO: R. MANOEL BANANAS

Nº 700 COMPLEMENTO: CASA

RUA: CONGALVES FENHA CIDADE: CARUARU

FONE: 9292-2803

DO CARTÃO SUS:

Nº DO RG:

DATA DE EXPEDIÇÃO: 1-1-

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda da motocicleta na 300m.

Refere episódio de desmaio e sonolência
Neos comatos. Refere ainda dor em
ombro direito

EXAME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

INDICAÇÃO: 1) Descompressão do comp IM, 20/05

2) Rx de clavícula

3) Tiletal - OIFA 1000 20/05

4) Dipirona - OIFA 1000

INDICAÇÃO DE ALTA: 1) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

ASSINATURA DA LIBERAÇÃO: R. AUCO

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo

Joseane Mendes
Aux. Farmácia
Mg. 15.140-2

Ananda Domingos
Médica
CRM-24968

Assinatura e carimbo - Médico

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

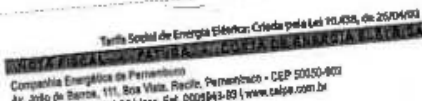
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação F5636011F8DC9049





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL BARAJONA, 18

GONCALVES FERREIRA/GONCALVES FERRE
CARUARU PE
55105-000

55105-000

DEBITA CONTABILIZADA 4005514837D 08/2018

DATA DE VENCIMENTO 13/06/2018 DATA DE PAGAMENTO 04/09/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 18,55

028558688	UNCA	08/06/2018
05/06/2018	3002225174	785520

DATA DE EMISSÃO	Nº DO DOCUMENTO	Nº DO LOTE	DESCRIÇÃO DA NOTAFISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
05/09/2018	0002225774	785529	Consumo ALVO(KWH)	30.0000000	0,58451998	18,83
			ACR Boticão Bandeira VERMELHA			1,62

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA								
Nº DE INSCRIÇÃO	TIPO DA FATURA	DATA DE EMISSÃO	AUTENTICAÇÃO LEITURA	DATA DE VENCIMENTO	REAL LEITURA	Nº DE CONTANTE	AJUSTE	CORREÇÃO (MVA)
						1.00000		1.00

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
AGOSTO	30			
JUL-18	30			
JUN-18	30			
MAR-18	30			
ABR-18	30			
MAR-18	30			
FEV-18	30			
JAN-18	30			
DEZ-17	30			
NOV-17	30			
OUT-17	30			
SET-17	30			
AGO-17	30			

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

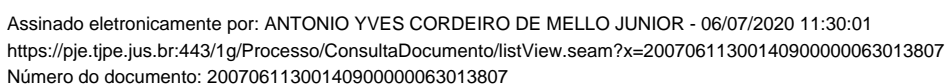
MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,25
JUN-18	30	13,25	9,25	1,12

MÊS		BALDO DE	%	VOLUME DO
		DAZADO		IMPÓSITO
JUL-18	30	13,25	1,26	9,

[illegible][illegible]

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 7018





Término Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-922
CNPJ 10.438.938/0001-08 | Insc. Est. 0002943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMAGINA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PILARDO PILAR 332

CPF: 628.461.984-04

SÃO FRANCISCO CARUARU
CARUARU
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mantenedora

CONTA CONTRATO	MÊS
0820850017	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA FIM DA PRÓXIMA LETURA
19/10/2018	12/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	158,56

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CPSC 2548	UNICA	11/10/2018
CPSC 2548	UNICA	11/10/2018
CPSC 2548	UNICA	11/10/2018

RESUMO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	173,000000	0,73080086	126,40
Adicional Bandeira VERMELHA			12,11
Contrib. Lum. Pública Municipal			12,52
ICMS Substit. do ICMS-NF 027432886-100816			1,08
Multa por atraso-NF 031274987 - 11/08/19			2,82
Juros por atraso-NF 031274987 - 11/08/19			0,37
Atribuição ICMS-NF 031274987 - 11/08/19			0,26

TOTAL DA FATURA 158,56

W DO	MÊS	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	W DO	CONSUMO (kWh)
31	10	2018	11-10-2018	10430,00	11-10-2018	10430,00	30	173,00

MÊS	VALOR	PERCENTUAL
OUT 18	173	100%
SET 18	171	99%
AGO 18	165	96%
JUL 18	154	91%
JUN 18	178	103%
MAY 18	169	99%
ABR 18	177	102%
MAR 18	230	139%
Fev 18	198	115%
JAN 18	181	107%
DEZ 17	181	107%
NOV 17	166	98%
Out 17	185	107%

FBMF 0018 1238 189A C237 F544 5L 7A OCDC

Pague por favor a partir de hoje em 10 dias, para não incorrer em multa e juros. O valor a ser pago é de R\$ 158,56. O valor a ser pago é de R\$ 158,56. O valor a ser pago é de R\$ 158,56.

Assinatura eletrônica de ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 11:30:01

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosilene Margarida da Silva inscrito (a) no CPF 029.140.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Alberto Naves de A. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 / 51, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Anderson Alberto Naves de A. Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Não possuo

☒ 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>Ricardo Pilon</u>		Número <u>332</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Barueri</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-00</u>
Email <u>Rosilene.Margarida@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(18) 199285-308</u>	Telefone celular (DDD)

Barueri 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017





Número: **0002219-69.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64201603	06/07/2020 11:30	ANEXO 2	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Soares de Fátima Lima, portador(a) do

RG nº 5320335, expedido por SSP/PE, em

1 / 1 / 2017, CPF/CNPJ nº 097.559.974-39

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

Alberto N. de Souza do sinistro de DPVAT da natureza _____

da vítima Amplimex Alberto Nunes Almeida Lima conforme

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

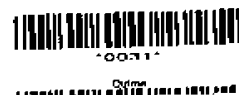
Profissão: no Retiro Renda Mensal: R\$ no Retiro

Documentos comprobatórios: Carta, Com P. Resid.

ASSINATURA / PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 Jun 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Rui Barbosa, 715 - 1.º andar Graciosa - Recife / PE





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lucia Neves de Arruda Lima,

RG nº 5595210, data de expedição 09/02/2007

Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 027599334-58, com

domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Gonçalves Ferreira, nº 700,

complemento Lava, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima cujo o condutor era

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / NX R 150 BROS ESD

Ano: 2012 / 2013

Placa: PFS 6768

Chassi: 922K505405R102080

Data do Acidente: 24-06-2016

Local e Data: Caruaru, 13 de outubro de 2016

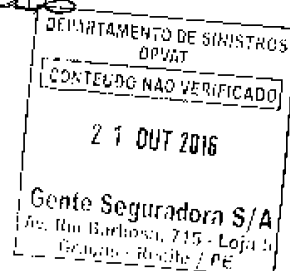


Maria Lucia Neves de Arruda Lima

Assinatura do Declarante

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

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



4º Cartório e Tabelionato Pça. Cel. Lucídio Porto, 57 - Centro - Caruaru/PE - 55200-430
Bel. Maria Regina Correia do Nascimento Fone / Fax: (81) 3722-4614 - e-mail: 4cartorio@caruaru.pe.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de:

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

Caruaru/PE, 13/10/2016 11:44:04 e dou fé. Em test.

ADRIANO LUIS CORREIA DO NASCIMENTO - Substituto,

Encl. 3,26 TSNR 0,73 FERC 0,37 Total 4,36 Selos:

0073734.PAG08201601.03074 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/sei

Adriano L. Nascimento
Substituto



1000

Atendimento: 238640		Prontuário: 277402	
Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA			
Data Nas.: 14/06/1996	Idade: 20	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA
CPR:	RG:	CNS: 706501365348899	
Endereço: SÍTIO GONSALVES FERREIRA			Nº: 700
Bairro: ZONA RURAL		Cidade: CARUARU	Estado: PE
CEP: 55002570	Fone: 98954900	Profissão:	
Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA			
Acompanhante:			
Motivo do Atendimento: ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA/TRAUMATO			
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Concise Fisco

Dr. Nilton Pereira
Oncologia - Traumatologia
CRM: 10.650

PA:

FC

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTENIDO NAO VERIFICADO

21 OCT 2018

Gente Seguradora S/A
Avenida Carlos de 715 - Loja 5
Graciosa Recife / PE

City of New Orleans

72495411501

Diet

2434

1st and 2nd Div. 12/12
 3rd and 4th Div. 12/12

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 22/06/16

[Handwritten signature]

San Antonio, Texas
CARLOS L. BARRERA
GENERAL
JEROME
California

de 2

100 clamps (20/25) 20/25
100 clamps (20/25) 20/25



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Carlos Alberto de Lima RG: 445 490 6 35812
Endereço: Sítio Gonçalves Ferreira Tel: 9937 3223
Data: 25/06/16 camamu

[Assinatura]
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadua-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

6/24/2016 5:25:18 PM
2 de 2

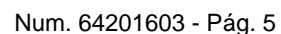
Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Clinica: *17/05/2005* Leito Nº: *10*

Dr. Milton Pereira
Oncologia Clínica
COP. 15-05



Paciente: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
 Nascimento: 14/06/1996
 P.I.: 113.025.654-51
 Endereço: SÍTIO GONÇALVES FERREIRA
 Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: CARUARU
 Telefone: (011) 9937-1223
 Entrada: 25/06/2016
 Atualizar: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
 Foto: []
 Atendimento: 12580
 Plano: PARTICULAR
 Matrícula: 1234567
 Estado Civil: Solteiro
 Ident.: SSP -
 N.: 0
 D.F.: PE
 Profissão:
 Hora: 10:45
 Acompanhante:

[Assinatura]
 Paciente ou Responsável

[Assinatura]
 SÍDRATIMA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. FOI ATENDIDO NO
 SUS, PORÉM FAMILIA OPTOU POR REALIZAR NO PARTICULAR.

Antecedentes

Exame

RX

Atendimento

agnóstico

FRATURA DIAPISÁRIA DE FÊMUR DIREITO

Guia

Médico PABLO THIAGO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE

1º Aux:

Instrumentador

2º Aux:

Anestesiata

3º Aux:

Cardiologista

Outros:

Procedimentos:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR + OSTEOSINTESE

Descrição Cirúrgica:

VIDE FICHA EM ANEXO

[Assinatura]
 Dr Pablo T.C. de Albuquerque
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 13.172

Diagnóstico: [] Curado [] Melhorado [] Permanecido [] Óbito []

Alta: / / Hora: :

Médico Responsável:

SUS - SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR Emitido em: 25 de Junho de 2016 às 10:45

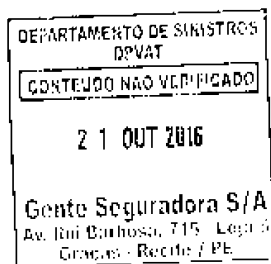




LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ACARRETANDO EM FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO. SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO, COM FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA.

CID: S72.3.



Dr. Pablo Thiago C. de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.172
Dr. PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
11/07/2016

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE



GNPJ: 22.721.288/0001-26

clínica

Apto. N°

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. do Histórico	Rubrica
26/06/96	06:00	Paciente recebeu um FGA por causa de um afetado, hipercapnemia, apnéia, cianose, pele fria e úmida. Foi admitido em UTI com pressão arterial 150/90 mmHg, frequência cardíaca 120 batimentos por minuto, saturação de oxigênio 90%. Foi administrado 100% de oxigênio por máscara. Foi realizada intubação orotraqueal com tubo de 7,5 mm. Foi realizada fisioterapia respiratória e monitorização contínua.		
26/06/96	08:30	Paciente recebeu cuidados com medicação para a dor e sedação. Foi realizada uma aspiração nasotracheal com secreção espessa e fétida. Foi realizada fisioterapia respiratória e monitorização contínua.		
26/06/96	09:00	Paciente recebeu um FGA por causa de um afetado, hipercapnemia, apnéia, cianose, pele fria e úmida. Foi admitido em UTI com pressão arterial 150/90 mmHg, frequência cardíaca 120 batimentos por minuto, saturação de oxigênio 90%. Foi administrado 100% de oxigênio por máscara. Foi realizada intubação orotraqueal com tubo de 7,5 mm. Foi realizada fisioterapia respiratória e monitorização contínua.		
26/06/96	11:30	Realizado cateterismo vascular de acesso percutâneo apresentando boa técnica. Utilizou se o cateter 7,5 - 0,5 mm de diâmetro e o cateter 12 - 0,5 mm de diâmetro. Foi realizada aspiração de coágulos e cateterização de novo.		6554



Paciente: Anderson Alberto Neves

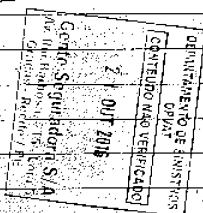
Data: 26/06/16

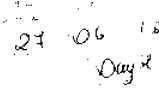
Clínica: Pringues

Apto. Nº: 308 A

Convênio: Particular

PRESCRIÇÃO MÉDICA	VIA	HORÁRIO	SSVV	ASSINATURA
DIETA LIVRE				12h PA: 120 x 80 mmHg
SSF 0,9% 1000ml EV DIA	X	7h		T 36,6°C
DIPIRONA 1g + ABD EV 4/4h SN				12h PA: 120 x 80
TRAMAL 100mg + SSF 0,9% 100ml EV 8/8h SN				T 37°C
TILATIL 40mg + ABD EV 12/12h	X	2h		22h SVD 2000ml
OMEPRAZOL 40mg EV / DIA	X			24h TA = 130 x 80
CLEXANE 40mg SC / DIA	X			T = 37,8°C
SSVV + CCGG				SVD = 800ml
	rotina			06h PA = 130 x 80 mmHg
				T = 36,6°C
				SVD = 400ml

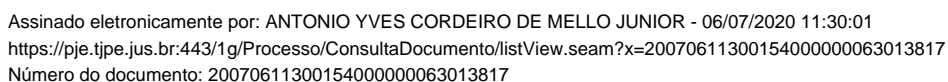




Doc.
1822
- 1822...

paciente: Anderson Belbeto

15.1/2





HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL
Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CNPJ: 22.721.288/0001-26 | CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

Paciente: Anderson Almeida

Data: 30/06/16

Clinica:

Apto. N°: 308A

Convênio: Particular

PRESCRIÇÃO MÉDICA	VIA	HORÁRIO	SSVV	ASSINATURA
Diet. Com	SNV			126
GGF 0,9 x 1000 ml su/dia	X	X		PA: 120 x 70 mmHg
SGF 1000 ml su/dia	X	X		T: 37,4°C
Keflin 1g 1Am su 6lh	X	X	X	SVB: 2000ml
Dipropico 1g + 100 ml 4/4h su	X	X	X	
1. Adm 1Am su 12lh	X	X	X	186
2. Am 1Am su 12lh	X	X	X	PA: 120 x 80
3. Am 1Am su 12lh	X	X	X	T: 37,5°C
4. Am 1Am su 12lh	X	X	X	SVB: 2000ml
5. Am 1Am su 12lh	X	X	X	
6. Am 1Am su 12lh	X	X	X	PA: 130 x 90 mmHg
7. Am 1Am su 12lh	X	X	X	T: 38,8°C
8. Am 1Am su 12lh	X	X	X	SVB: 1600ml
9. Am 1Am su 12lh	X	X	X	
10. Am 1Am su 12lh	X	X	X	PA: 130 x 80 mmHg
11. Am 1Am su 12lh	X	X	X	T: 37,1°C
12. Am 1Am su 12lh	X	X	X	SVB: 1500ml

Dr. Paulo T.C. de Albuquerque
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.172

Caruaru, 30 de Junho de 2016
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 15.172

Caruaru, 30 de Junho de 2016
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 15.172



CNPJ: 22.721.288/0001-26

Acta. N°

[illegible]

Gente Seguradora S/A
Av. Ben Barbosa, 715 - Loja 5
Guaraná - Recife / PE

RELATÓRIO CIRÚRGICO**Gabriel**

PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DIAFISÁRIA DIREITA

OPERAÇÃO PROPOSTA: TTO CIRURGICO DE FRATURA DE FÊMUR + OSTEOSINTESE

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

DATA: 28/06/2016

INÍCIO:

TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: DR PABLO THIAGO

1º AUXILIAR: DR ALEXANDRE RÊGO

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR THIAGO

TIPO DE ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA

HAEMACEL OU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)
- 6 - DRENO E Sonda (PENROSE, KERH, ETC.)

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
- 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
- 9 - PEÇA OPERATÓRIA-ANAT.PATOL

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS + ACESSO AO QUADRIL (TROCANTER) +
VISUALIZAÇÃO DO PONTO DE ENTRADA + INICIALIZAÇÃO + HOUE DIFICULDADE PARA REDUÇÃO
FECHADA, REALIZADO ACESSO LATERAL COXA + VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA COM
COMINUIÇÃO E ASA DE BORBOLETA + REDUÇÃO CRUENTA + COLOCAÇÃO DE FIO GUIA + FREZAGEM
DO CANAL + FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA + IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SSF
0,9% + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Dr Pablo T C de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.172



Saúde Gabriel

Av. José Veríssimo, 752

Maurício de Nassau

Fone: (81) 3727-7250

CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

CNPJ 22.721.288/0001-26

Paciente:

Anderson Alencar

Clinica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Pernambuco, 715 - Lapa 5
Graciosa, Recife / PE

Registro Nº

Apto. Nº

204

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
21.10		Paciente com febre, dor de garganta, de febre de 38,5°C com TCC normal. Queixas de estresse, ansiedade, insônia e falta de apetite. Foi tratado com analgésico e anti-inflamatório. Foi encaminhado para o serviço de psicologia. Segue em acompanhamento.		
23/06		Paciente evoluindo com C/GER. Ocorrência em 25/06 p/ se submeter a cirurgia de fígado. Paciente, orientado, ACP em MS. Divulga p/ SVD. Ocorrência segue aos cuidados da Equipe.		
28/06	06:30	Paciente encaminhado p/ o bleio.		
	06:35	Paciente admitido ao BC para a 1ª cirurgia. Exame físico normal. Paciente orientado, ACP em MS. Divulga p/ SVD com dados presentes.		
	06:40	Paciente encaminhado para a cirurgia.		
28/06	09:50	Encaminhado paciente após cirurgia para o quarto PA-110/20 mmHg, SpO2 100%, ACP funcionando, C/SVD. Elétron presente. Foi elavado oclusivo limpo e seco. Regra coxa direita, comente, comente. Segue em acompanhamento.		



Paciente: Amlexson APheyt Alves
Clínica: _____

Registro Nº _____
Apto. Nº 303A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
28/06/16	11:25	Paciente internado de BE, consciente, com dieta livre após exames complementares, com AUP funcional, com SVD, exames que os acompanham. Segue sob cuidados de enfermagem.		Vanessa Santos Téc. Enfermagem COREN 17286
28/06/16	14:00	Paciente Repunção usado: 1 Jelco 20, 01 equipe macrolatos, 01 infusor, 20cm de esparadrapo, 01 Bola de algodão, 3ml de álcool à 70%. (Gm)		
28/06/16	16:15	Paciente apresentou T 38,5°C, sendo medicado com, com o resultado de exames lab no MA, que solicitou confundi o CH, contudo após apresenta febril.		Saudável C.S.S
28/06/16	18:15	Paciente apresentando T 38,5°C, sendo medicado com. Saudável C.S.S		
28/06/16	18:30	Paciente EGR, consciente, orientado, AUP Funcional em JSE, aleitando Deitão Conforme P.M, Curativo em F.O, normotensa apresentando febre 38,5, Diurese + por SVD, segue sob Cuidados de Enf.		Adriana T. M. Nogueira Téc. Enfermagem COREN 17286



Av. José Veríssimo, 752
Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

Paciente: Anderson Almeida Registro Nº _____
Clínica: Unirio Apto. Nº 308A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
------	------	-----------	-------------------	---------

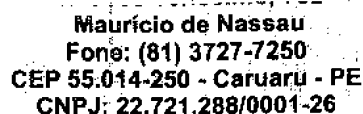
29-06-2020 07:00 Paciente Paciente em E.C. consciente, Orientado para o local, tempo, pessoa, e TO. Durar 100 SUP + 100mg de Aspirina. Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 10000

29-06-2020 09:00 Colheita Amostra de sangue para exames laboratoriais. Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 10000

29-06-2020 11:00 medicação Colocar pílulas de medicação Dipirona. Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 10000

29/06 11:00 Paciente Paciente em E.C. consciente, Orientado para o local, tempo, pessoa, e TO. Durar 100 SUP + 100mg de Aspirina. Jennifer Felix dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PE 10000





Registro N°

Anto. N^o

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rubrica
29/06/16	23:30h	Paciente apresentou febre, teste de pires		29/06/16 Paciente 08:00 - 17:00
30/06/16	06:30	Paciente acordou com febre e irritabilidade, apático no momento, com náuseas, vomito e diarréia. AVP prescrito em USE. Para o paciente diurese presente em SVD, realizado banho no litão, foi realizada compressa por causa médica e seguiu os cuidados da enfermeira geral.		Gente Jovila Amorim Téc. B.E. Enfermagem COREN-PE 524.127
30/06/16	08:00	Dorba plantar com presença em G.R., com ental, suprimido, afibril. com AVP prescrito para SVD, com curativo em FO, ventura dita conforme orientent. Sendo medicação conforme prescrição médica. Segue os cuidados		
30/06/16	09:40	Remoção curativo ocular em FO. Foi utilizado 1 par de luvas esteril + 2 partes de gaze + 1 par de luvas de procedimento + 1 SFE, 91.100 ml + 1 conector + 05 ml de betadina alcoólica + 40cm de microagulha. Realizado sem antiescorvênio.		Mamara 775266
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS GRAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 2 + OUT 2016 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 744 - Lapa Cidade do Rio de Janeiro - RJ </div>				
30/06/16	12h	Paciente apresentou 7.32°C, sendo malhada com sandal de OSB		
30/06/16	13:30	Remoção curativo ocular. Foi utilizado 1 parte de gaze + 40cm de microagulha.		Prinivil C 775266





Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

Paciente

Anderson Alberto

Registro Nº

Clínica

Apto. Nº 308A

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rúbrica
30/06/16	17:00	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
30/06/16	23:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
01/07/16	08:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
01/07/16	12:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
01/07/16	17:00	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
01/07/16	23:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
02/07/16	08:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
02/07/16	12:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
02/07/16	17:00	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		
02/07/16	23:30	Paciente acordado, consciente, orientado, AUP Eufórico, normotenso, curativo em F.O., Diurese + por SVD, segue ass cuidados de Enl. de		



Sao Gabriel

Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

Paciente Anderson Alberto
Clínica

Registro Nº

Apto. Nº 308

ENFERMAGEM

Data	Hora	Medicação	Abert. de Horário	Rubrica
------	------	-----------	-------------------	---------

01/07	07:25	Pac. e Valéria da S/ EAP.		
07/07		Consciente, orientado diurno		
16		Al SVD. mantendo dieta oral.		
		medicada e hidratada.		
		AVP funcionando. O mesmo segue		
		as atividades de EAP.		
	8:20	Pac. foi retirado SVD -		
		usado Seringa 10cc - 1		324799
01.07.16 as 9:10		Realizada curativo ocular em		
		MTD e MSD na O, para MTD modo 03		
		pac de gases 01 por de tinta por estil		
		03,50cc de micropor + clorexidina alcoo		
		lica, para não 01 pac de gases 01 por		
		de tinta por estil 11.01 alarino de 10cc		
		+ clorexidina dequente + SF 100ml + co		
		nectar + 10cc de esparadap, segue		
		em obs da enfermagem		
01.07.16 as 9:20		Paciente realim alta hospitalar		
		nesta unidade		

ALCIONE VARGAS JUNIOR
Téc. Enfermagem
COREN-PE 593.158

ALCIONE VARGAS JUNIOR
Téc. Enfermagem
COREN-PE 593.158

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
27-07-2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5
Graciosa - Recife / PE



MEMORIAL CARUARU

FICHA DE ANESTESIA

DATA: _____
HORA: _____
CATEGORIA: _____

NOME: Anderson Alberto Neves de Azevedo DATA: _____ REG: _____
SEXO: M COR: B IDADE: 20a PESO: 68kg ALT: _____ HOSPITAL: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		SANGUE		LEUCÓCITOS		P.A.	F.C.	TÉMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
Hemácias		HCTQ	HB							
GRUPO SANG		TC	TS	PROTOMBINA		ANESTESIA PROPOSTA: <u>Blocagem Abdominal + Sedação Venosa + Midazolam 5mg</u>				
GLICOSE		URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS						
NA		K	CL	RESERVA ACL						
OP. PROPOSTA: <u>Pro Laparoscopia Intra-abdominal</u>						ALERGIA: _____				
OP. REALIZADA: <u>A Laparoscopia</u>						ANEST. ANTERIOR: _____				
						PRÉ-ANESTÉSICO: <u>Midazolam 5mg</u>				

HORA	O ₂	N ₂ O	Gases	ANOTAÇÕES
07:40	100%	0%		1. Colarinho 1.0g
07:45	100%	0%		2. EFD 2.0g
07:50	100%	0%		3. Ketarol 2mg
07:55	100%	0%		4. Normin 10mg
08:00	100%	0%		5. Ketarol 3mg
08:05	100%	0%		6. Midazolam 5mg
08:10	100%	0%		7. Colarinho 1.0g

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA	Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂
Blocagem	1%	20cc	Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda	Intubação
Clamoxina	1:300000			
Neostigmina	0.5%	12.5mg	Posição	Local Punção L _{2/3} Liq. Ret. L _{2/3} Tec. Inj. S _{1/2}
Clonidina	6mg		Pos. Pós	Pos. Pós (2-4) Aparelho: 6x26g Cond. Final 6x26g
			Resultado	Reflexo
			Duração da Op.	Duração da Anest.
			Monitorização	
			Teste Aldrete e Koulik	MOV. CONS. COR. CIRC. RESP. S.R.

Dr. Pablo T. de Albuquerque
Ortopedia - Traumatologia
CPF 11.172

Médico Cirurgião

Dr. Antônio Tasso Guerra de Albuquerque
CRM 6599
CPF 125.700.164-30
Médico Anestesiologista



HOSPITAL MEMORIAL SAO GABRIEL
NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE	Andr�e de Paula Almeida N. Lima	REGISTRO	2880	DATA	28/06/16
CONVÊNIO	particular	PROCEDIMENTO	Exat. f�mora direita		
CIRURGIÃO	Roberto + Alexandre Dias	ANESTESISTA	Di Tuglio		
1� AJUDAR		2� AJUDAR			
INSTRUMENTADOR	Eneg	INÍCIO	06:40	TERMINO	09:40
ANESTESIA	Balance	CIRCULANTE	Koue Lima		

Medicamento	Quant.
Ácido Tranexâmico sol. inj. 250mg/5ml	
Água destilada sol. inj. 1000ml	
Água destilada sol. inj. 10ml	12
Alfentanila sol. inj. 0,544-ng/ml - amp 5ml	
Atropina sol. inj. 0,25mg/ml - amp 1ml	
Bupivacaína + Glicose sol. inj. 0,5% - amp 4ml	1
Bupivacaína Isobérica sol. inj. 0,5% - amp 4ml	
Cefalotina sol. inj. 1g - fr/amp	
Cefazolin sol. m. 1g - fr/amp	1
Cefepim sol. inj. 1M 50mg/ml - amp 2ml	
Cefepim sol. inj. IV 100mg - fr/amp	
Cefotaxima sol. inj. 30mg/ml - amp 1mg	
Cisatracurio sol. inj. 2mg/ml - amp 5ml	
Clofexol sol. inj. 150mg/ml - amp 1ml	1
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 100ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 250ml	
Cloreto de sódio sol. inj. 0,9% - fr 500ml	12
Dexametasona sol. inj. 4mg/ml - amp 2,5ml	
Dextrocefetamina sol. inj. 50mg/ml - TAXA	
Diagnam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Diclofenaco sol. m. 25mg/ml - amp 30mg	
Enclorperidol sol. inj. 40mg - sediga 0,4ml	
Epinefrina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Etillefina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Etimidato sol. inj. 2mg - amp 10ml	
Fentanil sol. inj. 0,05mg/ml - TAXA	
Glicose sol. inj. 5% - fr 250ml	
Glicose sol. inj. 5% - fr 500ml	
Heparina sol. inj. 5.000U - TAXA	
Hidrocartilona sol. inj. 100mg - fr/amp	
Hidrocartilona sol. inj. 500mg - fr/amp	
Hioscina + Dipirona sol. fr - amp 5ml	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% C/V - TAXA	
Levobupivacaína sol. inj. 0,5% 5/V - TAXA	
Lidocaína sol. inj. 2% C/V - fr/amp - TAXA	1
Lidocaína sol. inj. 2% 5/V - fr/amp - TAXA	
Mefenidol sol. inj. 2mg/ml - balsa 100ml	
Melazolam sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	1
Morfina sol. m. 0,2mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 10mg/ml - amp 1ml	
Morfina sol. inj. 1mg/ml - amp 1ml	
Naloxona sol. inj. 10mg/ml - amp 2ml	1
Naloxona sol. inj. 0,4mg/ml - amp 2ml	
Noetizilmina sol. inj. 0,5mg/ml - amp 1ml	
Omeprazol sol. inj. 40mg - fr/amp	
Ondasetrona sol. inj. 4mg - amp 2ml	
Ondasetrona sol. inj. 8mg - amp 2ml	
Petiole sol. inj. 50mg/ml - amp 2ml	
Prometazina sol. inj. 50mg - amp 2ml	
Propofol sol. inj. 10mg/ml - amp 20ml	
Renidilina sol. inj. 25mg/ml - amp 2ml	
Renifentanila sol. inj. 2mg - fr/amp	
Ringer com lactato sol. inj. fr 500ml	1
Rocuronila sol. inj. 10mg/ml - fr/amp 5ml	
Ropivacaína sol. inj. 3mg/ml - fr/amp 20ml	
Sufentanila sol. inj. 1mg/ml - amp 2ml	
Sufentanila sol. inj. 5mg/ml - amp 2ml	
Suxametonio sol. inj. 100mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 20mg - fr/amp	
Tenoxicam sol. inj. 40mg - fr/amp	

	Materiais Médicos Hospitalar	Quant
Agulha descartável n°		
Agulha Gingival		
Agulha para Raio n° 25		1
Agulha Peridural n° 16		
Algodão bola		
Atadura de Crepe n°		
Atadura gessada n°		
Cateter para Oxigênio		
Cateter para ver urinação n°		
Cera para Oído		
Coletor Sistema Aberto		
Coletor Sistema Fechado n°		
Comprimido de gase 7,5 x 7,5		10
Dreno		
Eletrodo		10
Equip. micro com injetor		
Equip. para hemoderrivados		
Escova para depuração		10
Esgaralço		
Lixa estéril n°		
Máscara descartável		10
Micropro. <i>longa</i>		1
Palito		
Sacatilha descartável		10
Scalp n° 13		1
Seringa 10ml		1
Seringa 1ml		1
Seringa 20ml		1
Seringa 3ml		1
Seringa 5ml		1
Seringa 60ml		
Seringa Perda de resistência		
Sonda de Foley 02 vias n°		
Sonda de Foley 03 vias n°		
Sonda endotracheal n°		
Sonda esofágica curta n°		
Sonda esofágica longa n°		
Sonda uretral n°		
Stimuplex		
Torniquete de 03 vias		
Zeixa descartável		10
Tubo de silicone		
Comprimido g		10
Lâmina n° 24		1
Lixa 70		1
Lixa 75		10
Lixa 80		10
Material <i>Material</i>		1
Placa busteira		1
Transmissão		1

Flores de Sutura	Quant
Algodão 1/2 agulha nº	
Algodão 1/2 agulha	
Capitôyl nº	
Catgut Cromado nº	
Catgut Simples nº	
Ethilbanc nº	
Fio de Aço nº	
Kit Catarata	
Monocryl nº	
Nylon nº 2.0	1
PDS nº	
Prolene nº	
Seda nº	
Vicryl nº 1.0	11
Flo de cerclagem nº	
Flo de Kirschlennern nº	11
Nylon 3.0	

[illegible]

Líquidos	Quant
Cloréxidina degermicante 2%	
Água oxigenada	
Alcool 70°	100 ml
Cloréxidina alcoólica 0,5%	
Alcool Iodado	
PVPi Degermicante	100 ml
PVPi Topico	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
21 OUT 2016
Cento Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 245 - Lapa 5
Cidade - Rio de Janeiro / RJ

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INICIO	TERMINO
Taxa de aplicação de anestesia	5/1/74	
Taxa de Aspirador		
Taxa de Bisturi Elétrico	5/1/74	
Taxa de Microscópio		
Taxa de Monitor Cardíaco		
Taxa de Morte	5/1/74	
Taxa de Oxímetro de Pulso	5/1/74	
Taxa de Sala	5/1/74	
Taxa de Videolaparoscopia	5/1/74	

TAXAS E EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TERMINO
Taxa de Capnógrafo		
Taxa de Intensificador		
GASES	INÍCIO	TERMINO
Ar comprimido		
CO ₂		
Oxigênio		
Nitrogênio		



Ficha de Controle de OPME



Cliente: Anderson A. N. Lima Médico Assistente: Pablo Alexandre Tago
 Data: 28/09/16 Hora: 06:45 Anestesiista: Dr. Tiago Cirurgia: Ext. Fêmur direito
 Sala do procedimento: 3 Registro do Protuário: 2880

OPME UTILIZADOS

Itens	Quantidade	Itens	Quantidade	Itens	Quantidade
Reservatório		Prótese mamária		Placa	
Dreno de black		Pinador externo		Parafuso	
Tesoura ultracision		Kit do gastrotomia		Fibra Laser	
Trocater		Lâmina túnel do corpo		Cateter Duplo J	
Cargas Azul/Branca		Âncora		Fio Gula	
Grampeador		Cânula		Basket	
Alça de ressecção		Ponteira de rádio frequência		Balão de cateter	
Cateter total implantável		Equipo Bomba		Enxerto ósseo	
Cola biológica		Lâmina de Shaver		OII	
Fita de prólene					
Outros		Ouros		Outros	

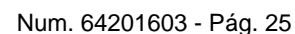
Observação:

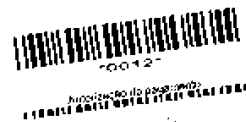
Pauliana

Circulante da sala



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
21 OUT 2016
Genre Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lda S
Grécia - Recife / PE





9.284.112 29/08/2011

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

FLUENT

« CARLOS ALBERTO DE LIMA »

« MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA »

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 14/06/1996

COLORE DA PIEL « CN: B0S02 L 50A F 59S CART 1A ZONA CARUARU - PE 17.06.1996 »

CPF 113.025.654-51

ASSINATURA DO DIRETOR

ELVY LIMA DE MORAES

F-44 82.155 - 9423

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

01/09/2016

4.1. OUT 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Rio Bonito, 111 - Jd. Santa Helena

Caruaru - PE

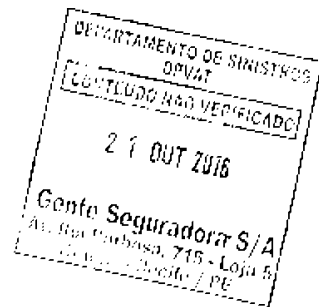
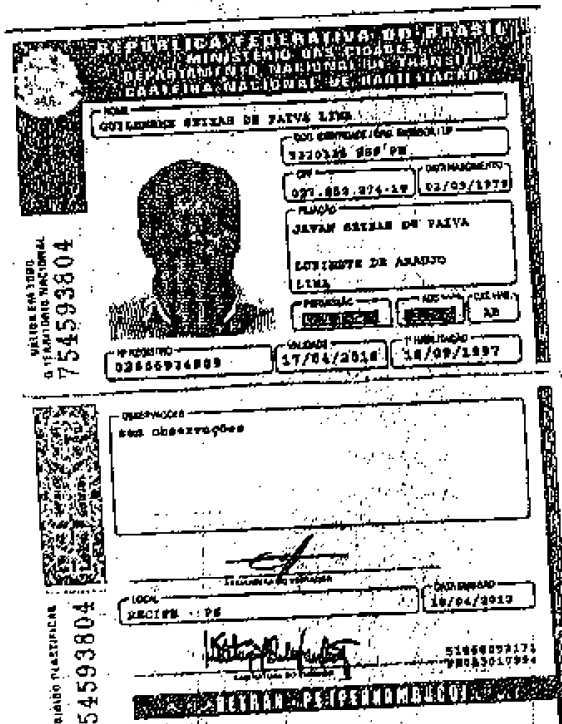
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

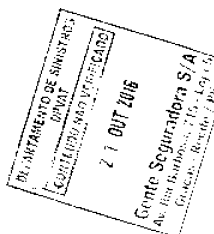
CAC-05

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

CARTEIRA DE IDENTIDADE









ESCRITÓRIO DE SEGUROS
Ressarcimento de seguro DPVAT e outros



SUBPARCEIRO – CARUARU PROCESSO REGULARIZAÇÃO

Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Processo:

Cobertura Reclamada: INVALIDEZ

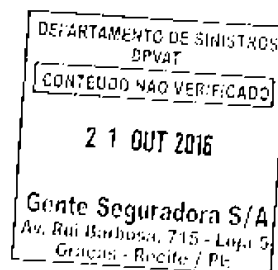
Estou encaminhado sinistro com documentos de acordo com a cobertura reclamada supra acima, pelo reclamante ora também mencionado. No aguardo, renovamos protestos de elevada estima e consideração.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENVIADOS

X	AUT PAGAMENTO E SALDO
X	BAM
X	B.O
X	DUT
X	DEC PROP VEICULO
X	PROCURAÇÃO
X	DEC SUSEP
X	DOC INTERMEDIARIO

Caruaru, 13 de OUTUBRO de 2016

Atenciosamente,



GS SEGUROS LTDA – AV SANTOS DUMONT N 223, AFLITOS- RECIFE-/PE - CEP. 52050-050 - Tel.: (81) 3426-4486





ESCRITÓRIO DE SEGUROS
Ressarcimento de seguro DPVAT e outros

SUBPARCEIRO – CARUARU PROCESSO NOVO

Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Processo:

Cobertura Reclamada: **INVALIDEZ**

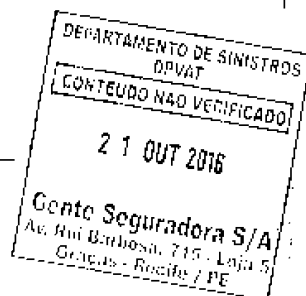
Estou encaminhado sinistro com documentos de acordo com a cobertura reclamada supra acima, pelo reclamante ora também mencionado. No aguardo, renovamos protestos de elevada estima e consideração.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS ENVIADOS


X	CPF E RG
X	DEC E COMP. RESIDENCIA
X	SAMU
X	LAUDO MÉDICO
X	DEC AUS IML

CARUARU, 21 DE JULHO DE 2016

Atenciosamente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655654

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE
ARRUDA LIMA

Data do acidente: 24/06/2016

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS


CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655654

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE
ARRUDA LIMA

Data do acidente: 24/06/2016

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO

TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA, RUPTURA TRAUMÁTICA DO LESÃO EXTENSOR DO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MEMBRO INFERIOR DIREITO

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FEMUR DIREITO, HASTE INTRAMEDULAR E CONSERVADOR MÃO DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO LEVE E LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

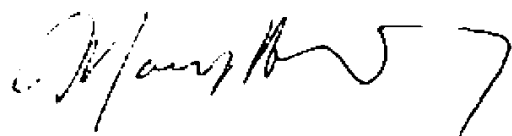
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA


CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160655654

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE
ARRUDA LIMA

Data do acidente: 24/06/2016

Seguradora: CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO

TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA, RUPTURA TRAUMÁTICA DO LESÃO EXTENSOR DO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MEMBRO INFERIOR DIREITO

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FEMUR DIREITO, HASTE INTRAMEDULAR E CONSERVADOR MÃO DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO LEVE E LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

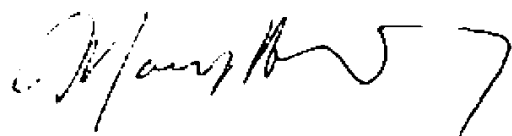
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9979086

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00949/00950 - carta_01

00020475





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9981794

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00861/00862 - carta_03

00060431



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10746084

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00971/00972 - carta_02

00080486



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10902441

A/C: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Sinistro: 3160655654 ASL-1122041/16
Vitima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GUILHERME SEIXAS DE PAIVA LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 000000082758-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00045/00046 - carta_15R

00030023



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160655654 - 1
Nome do(a) Examinado(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO VILA GONCALVES FERREIRA nº 700 - GONCALVES FERREIRA - GONCALVES FERREIRA/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 9284112 - SSP
Data local do exame: 18/04/2017 CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA FEMUR DIREITO

TRAUMA CONTUSO MÃO DIREITA, RUPTURA TRAUMÁTICA DO LESÃO EXTENSOR DO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO FEMUR DIREITO, HASTE INTRAMEDULAR E CONSERVADOR MÃO DIREITA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO LEVE E LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO 3 DEDO DA MÃO DIREITA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE MEMBRO INFERIOR DIREITO
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 3 DEDO DA MÃO DIREITA

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

3 DEDO DA MÃO DIREITA

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

☐ Total = "100% da IS"

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

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - CARUARU, 18/04/2017

Médico Perito: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ CRM:52.63583-9/RJ

Janice de Almeida Pinto Miguez

JANICE DE ALMEIDA P. MIGUEZ
CRM: 52.63583-9
RUBRICADO



Assinatura do perito Examinador - CRM





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU. Anderson Alberto Neves de Arruys Lima

CPF 112025654-51 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recebe

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Alberto Neves de Almeida AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0051 Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Caruaru, 13 de Outubro de 2016 X Araclem Abílio de Sá de Almeida Lima
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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



CAIXA Loterias CAIXA Loterias CAIXA Loterias

250-728129181-8

05/SET/2016 HORA DE 12:28:25

LOT. 15 020356-0 TERM 055460

LOCALIDADE: CARUARU

AB. VINCULADA: 0016

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0051.00082788-4

NOME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE 05/09 SALDO

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE 05/09 SALDO

RESUMO EM 05/09

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

250-728129181-8

12 VIA

RELEVAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
21 OUT 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Irmã Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa Recife / PE



DEPARTAMENTO DE MINISTROS
DA JUSTIÇA

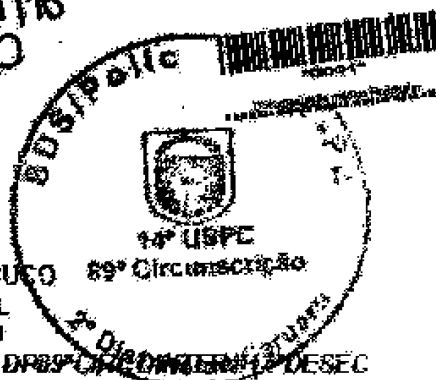
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

21 OUT 2016

Centro Seguradora S/A
Av. N. R. Barbosa, 715 - Lapa S
Brasília - Recife / PE



1122041/6
342300



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 89ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DPEP/CPD/INTERMUN/DESEC

BOLEIM DE OCORRÊNCIA Nº 16E0179002758

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/10/2016 às 10:21

Completo nº 16E0179002758

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/9/2016 às 15:10h

Local: Rua Manoel Baralva, 700 - Bairro: COARARA -
CARUARU - PERNAMBUCO - BRASIL
Local: Rua Manoel Baralva

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PERSONA(ES) ENVOVIDA(S) NA OCORRÊNCIA
1. ANDERSON ALBERTO NEVES DE AGRUDA LIMA (OUTRO)
2. MARIA LUCIA NEVES DE AGRUDA LIMA (OUTRO)
3. ANDERSON ALBERTO NEVES DE AGRUDA LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

1. CARRO - Usado na geração da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a), ANDERSON ALBERTO NEVES DE AGRUDA LIMA
2. CARRO - Usado na geração da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO

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

ANDERSON ALBERTO NEVES DE AGRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE AGRUDA LIMA - Data de Nascimento: 24/09/1986 - Nacionalidade: CARUARU - PERNAMBUCO - BRASIL
Bairro: COARARA - Rua Manoel Baralva, 700 - CEP: 0 - Bairro: COARARA - CARUARU - PERNAMBUCO - BRASIL

DESCRIÇÃO DO OBJETO envolvido ao plantão - Sexo: Desconhecido/Mãe: NÃO INFORMADO/Filho: NÃO INFORMADO/Nacionalidade: NÃO INFORMADO

MARIA LUCIA NEVES DE AGRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe: ANDERSON ALBERTO NEVES DE AGRUDA LIMA - Data de Nascimento: 26/12/1977 - Nacionalidade: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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

1. CARRO - Usado na geração da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO

Qualificação do(a) objeto(s):

1. CARRO - Usado na geração da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO
2. CARRO - Usado na geração da ocorrência, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a) DESCONHECIDO



INTERPRETE HA - Causa: DILATAÇÃO DA N. O. INFORMADA

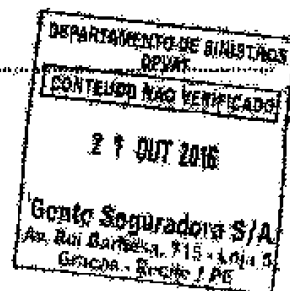
File # P03987, FPC# ABUCOTAFUARJ, Chas# 902XDD0540UR02ER9
and Approved by me, 2012-2013

A VITIMA NAO LEMBRA DE NADA SOBRE O ACIDENTE, E QUE LHE DISSERAM QUE A VITIMA EM SUA MOTOCICLETA COLIDIU COM UM CARRO QUE ESTAVAM EM PLUGA. A VITIMA FRATUROU O FEMUR DIREITO, FRATUROU O TENDAO DO DEDO DA MAO DIREITA, DEFRANCO NOS OSSOS OMO, E OUTRAS ESCORCAÇÕES, LEVOU UMA PANCADA NA CABECA, FICANDO INCONSCIENTE POR TRÊS DIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAAU, ENCAMINHA DA UM HOSPITAL REGIONAL DO AGRES RE, INDON DIA SEGUINTE PARA O HOSPITAL SAO GRANDE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, FICANDO INTE PARA POR 10 DIAS.

1. What is the purpose of the study?

x Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
(PITAGORA)
x Maria Lucia Neves de Arruda Lima
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA
(PITAGORA)

Assinatura: ERIANNA RIBEIRO DE OLIVEIRA - Matrícula: 236209-6



67000000



Boletim de Ocorrência
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 de Maio 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5
Graciosa - Recife / PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 003ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP03ª CIRC
DINTER/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0179003371

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/11/2016 às 09:43

Complementa o B.O. Número:

16E0179002750

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/02/2016 às 15:38

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, ESTRADA DE CONCALVES FERREIRA - Bairro: CONCALVES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR LAUENTE)

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (OÚTMO)

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

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

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 14/02/1990

Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, BOM CONCALVES FERREIRA, RUA MANOEL BARBOSA, 700 - CEP: 0 - Bairro: CONCALVES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: RAMIRO BEVERINO DE ARRUDA Pai: MARIA JULIETA NEVES DE ARRUDA Data de Nascimento: 26/2/1977

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

file://C:\Documents and Settings\Polícia Civil\InfoPol\BOMBOEPreview.html

30/11/2016



CARRO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **2 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MARCA NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **2 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PF 86788 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Chassi: **9CZND06-000R102000**

Ano Fabricação: **2012**
20/12/2012

Complemento / Observação

A VITIMA NAO LEMBRA DE NADA SOBRE O ACIDENTE, E QUE LHE DISSERAM QUE A VITIMA, QUE ESTAVA NA MOTO, ACABA CAINDO, QUE ESTA EM NOME DE SUA MÃE, COLIDIU COM UM CARRO QUE EMPREENDEU FUGA. A VITIMA FRATUROU O FEMUR DIREITO, FRATUROU O TENDÃO DO DEDO DA MÃO DIREITA, DERRAME NOS DOIS OLHOS, E OUTRAS ESCORIAÇÕES, LEVOU UMA PANCADA NA CABEÇA, FICANDO INCONSCIENTE POR TRÊS DIAS. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, indo no dia SEQUINTE PARA O HOSPITAL SÃO GABRIEL, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, FICANDO INTERNADA POR CINCO DIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Anderson Alberto Neves

ANDERSON ALBERTO NEVES DE
ARRUDA LIMA
(VITIMA)

Maria Lucia Neves de Arruda Lima
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA
LIMA
(OUTRO)

B.O. registrado por: **BRIANNA FRENE DE MELO OLIVEIRA** - Matrícula: **296809-6**

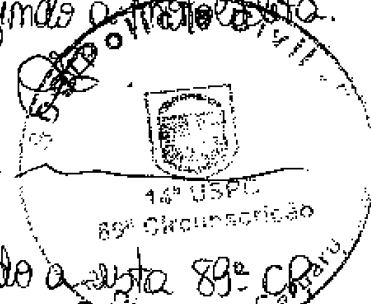


→ Complemento do histórico.

Informe que a vítima relata que estava conduzindo a motocicleta.

Agente de Polícia Brianna Frene de Melo Oliveira.

Matrícula: 296.809-6



Declaração:

Imúmeras vítimas de acidentes estão comparecendo a esta 89ª CP com solicitações deste órgão para que a Polícia Civil de Pernambuco medique o histórico de seus Boletins de Ocorrência de acordo com a vontade desta seguradora, além disto as referidas vítimas não são mandados apenas uma vez, mas várias vezes, cada vez para mediar um ou mais fatos do histórico. INFORMO QUE O HISTÓRICO DOS B.O'S DA PCPE É DE COMPETÊNCIA DA PCPE E NÃO DA SEGURADORA.

Agente de Polícia: **Brianna S.M. Oliveira**.

Matrícula: **296.809-6**.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de identificação
L. 13.025/2016 - Art. 5º, I

Eu, Anderson Alberto Nunes de Almeida Lima, portador da carteira de identidade nº 9284112 SP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.025.654.51, residente e domiciliado na Vila Gonçalves Ferreira, 700 - Gonçalves Ferreira, Cidade Caruaru, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

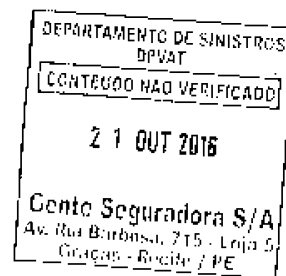
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Anderson Alberto Nunes de Almeida Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Caruaru, 21 de julho de 2016

Local e data





0002

007

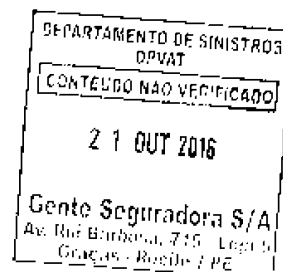
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr. MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA CPF: 027.599.334.58 e RG: 5595210 SDS /PE, que consta nos registros de ocorrências N: 1605240213 do SAMU REGIONAL AGRESTE atendimento realizado por esse serviço, ao Sr. ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA, no dia 24/06/16 as 16. hs e 00 min, no endereço/ RUA. ESTRADA DE GONÇALVES FERREIRA/ CARUARU /PE, com queixa de COLISAO CARRO X MOTO tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para o HRA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 12 de julho de 2016.

Eliane Gouveia,
Gerente Administrativo do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em ____/____/____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação AA4C08FAC6D88E5F



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação AA4C08FAC6D88E5F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

RG nº 9.284.112, data de expedição 29/08/11, Órgão SDS/PE

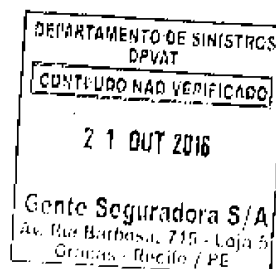
CPF nº 113.025.654.51, venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Vila Gonçalves Ferreira</u>
Número	<u>700</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Gonçalves Ferreira</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55305-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3426 4486</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru, 21 de julho de 2016

Assinatura do Declarante: X. Anderson Alberto Neves de Arruda Lima



Imprimir Segunda Via de Conta

Cupom de desconto



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 19.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-03



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GUILHERME SEIXAS DE PAVALIMA CPF: 027.552.274-19	DATA DE VENCIMENTO 15/03/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/02/2017	CONTA CONTRATO 000008574014
	TOTAL A PAGAR (R\$) 147,22	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/02/2017	Nº DO CLIENTE 2002527537
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA R. SANTOS DUMONT 223	CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico		
AFILITOS/RECIFE 52050-050 RECIFE PE	RESERVADO AO FISCO E65B.536E.B3C9.CED2.19CE.FE9A.9815.39D7		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	428,00	0,61089182	261,42
Contribuição Iluminação Pública			25,84
ICMS Subvenção CDE-NF 001159318-13/12/16			9,13
Devolução de Crédito			132,96
Atualização IGP_M-Faturamento a Maior			2,54
Atualização Juros de Mora-Fat. a Maior			4,77
TOTAL DA FATURA			147,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
261,42	25,00	65,35	261,42	0,50	1,30	261,42	2,29	5,98

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
RS	%	
Consumo de Energia	81,86	31,22
Benefícios	5,70	1,42
Obrigações (Celpe)	58,34	22,72
Encargos Setoriais	26,77	10,24
Iluminação	72,83	27,78
TOTAL	261,42	100

TARIFAS APLICADAS		
Consumo Ativo (kWh)	0,44106000	

HISTÓRICO DO CONSUMO		
MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
FEV	428	261,42
JAN	30	15,54
DEZ	30	15,54
NOV	30	15,54
OCT	30	15,54
SET	30	15,54
AGO	30	15,54
JUL	30	15,54
JUN	30	15,54
MAY	30	15,54
ABR	30	15,54
MAR	30	15,54
FEV	30	15,54

Comunicação e não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	Qtd. Receiv	Valor
15/12/16	08/02/17	14,08
16/11/16	09/02/17	3,17

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Esse consumo não substitui o mesmo de não nos autorizar, bem como não abrangendo de direito em discussão judicial que poderá ser embargado após o fim do prazo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT 428

17 MAR 2017

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5

01308-900 - São Paulo / SP

1392

1326

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº Dias	Consumo	Ajuste	Consumo kWh
070688	CAT	19/01/2017 31.885,63	09/02/2017 34.297,00	20	1.000,00	0,00	428,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/03/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFORADO	MED. MENSAL	MED. TRIM.	MED. ANUAL
dez/2016					
DIC-Nº de horas sem Energia	TAKARINEIRA	0,00	5,07	10,10	20,30
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,80	0,00	0,00
DIC-Retomada de interrupção em dia crítico					
Linha DMC 12,22					
USU-Valor do Encargo de Uso = R\$ 50,31					
Nota: Equivalência entre a duração e a frequência das interrupções DIC, FIC, DMIC e DCR1 a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.anel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
Unidade com impedimento à leitura de medidor sujeita à suspensão do fornecimento de energia. Res. ANEEL 414/10.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 12% a.m. (Lei 10.438-2/04/02), no próximo mês.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os serviços de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encargo de manutenção de controle poderá ocorrer após 3 ciclos de saturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
Consumo Elétrico - Local de Cons. Porta, Portão Fechado - Desocupado.

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

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 000008574014	MÊS/ANO 02/2017	TOTAL A PAGAR (R\$) 147,22	VENCIMENTO 15/03/2017	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-------------------------------	--------------------------	---

83840000014 472200110007 008574014107 088582023436



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

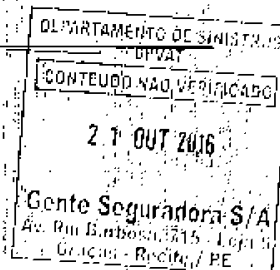
Pelo exposto, eu Guilherme Seixas de Paiva Lima, portador(a) do RG nº 5320135, expedido por SSP / PE, em 1 / 1, CPF/CNPJ nº 027.552.274-19,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Anderson Alberto Neves de Arruda Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: envia comp Residência

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

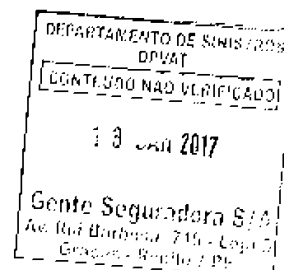
Pelo exposto, eu Guilherme Seixas de Lima Lima, portador(a) do RG nº 5.320.135, expedido por SSP/PE, em 1/1/2017, CPF/CNPJ nº 027.552.274-19,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Anderson Alberto Neves de Arruda Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: CNH/Comp. Residência

X ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Soares de Paula Lima, portador(a) do RG nº 9390135, expedido por SSP/PE, em 1/1/, CPF/CNPJ nº 027.559.274-39,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Amplerson Alberto Alves AZEVEDO sinistro de DPVAT da natureza INVALIDA da vítima Amplerson Alves de Paula Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSA Renda Mensal: R\$ RECUSA

Documentos comprobatórios: COM. COM. RESIDENCIA

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2017
Conto. Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 115 - Loja 11 Graciosa - Recife / PE





Número: **0002219-69.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64201604	06/07/2020 11:30	ANEXO 3	Outros (Documento)



Hospital e Maternidade Virgínia Colaço Dias



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Anderson Alberto Reis de Azevedo Lima

DIAGNÓSTICO: Trauma exposto de 5º quadrante Lto (E).

PROCEDÊNCIA: POMBOS

DESTINO DO PACIENTE: Hosp. Regional do Agreste - Caruaru
Trauma - ortopedico 5233230

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Pct, 21 ans, com história de queda do nob
hã ± 1 hora, com ferimento exposto de 5º quadrante
fmo. Músculo intacto, nega perda de consciência.
Sem queda na postura de flexão. Não
disponível de Rx no momento. Solicito acoper
haurido de caso clínico com especialistas.

DATA 12.08.17

05.802.494/0001-41
TRAGAM CORRIGORA
DE SEGUROS LTDA

14 RDV. 2017

Angélio Lino
Médico
CRM-PE 24.976

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

ASSINATURA DO MÉDICO

Av. Joaquim Falcão, 109 - Centro - CEP 55630-000 - Pombos - PE - Tel/Fax: (81) 3536.1213 - CNPJ: 11.049.848/0001-21

"Quando Deus quer, o homem sonha e a obra nasce"







HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Usuário da Internação
MARIAESM



344759

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 13/08/2017 15:24 Atendimento: 344759 N° AIH: _____

Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Prontuário: 277402

Data Nasc.: 14/08/1996

Idade: 21

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 706501365348899

Endereço: SÍTIO GONSALVES FERREIRA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARUARU

CEP: 55002970

Fone: 98954900

Nº: 700

Estado: PE

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Leito: CORREDOR - EMERG ADULT

Diagnostico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID:

Procedimento Solicitado:

CÓD.:

Procedimento Realizado:

CÓD.:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- () MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- () DIÁRIA DE UTI
- () DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- () VACINA ANTI RH
- () USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- () USO DE PRÓTESE, ORTESE
- () USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- () USO DE OXIGENADORES
- () NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

05.802.494/8891-4 -
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Rua da Aurora, Nº 175, 55062-000

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO

DATA DE ALTA

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

13/08/2017 15:24



H.R.A.
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

ALA: ENF

REG.

LEITO:

ITEM	MEDICAMENTO – POSOLOGIA – VIA DE ADMINISTRAÇÃO
01	DIETA LIVRE
02	JELCO HIDROLISADO
03	TILATIL 20MG: 01 AMP + AD IV 12/12H S/N
04	DIPIRONA 500MG/ML: 01 AMP + AD EV 6/6 H
05	CLEXANE 40MG SC 24/24H
07	SSVV + CCGG
08	AGUARDA VAGA NA ENFERMARIA

HORÁRIO

QUILOR, 473/0004-01
TRAIÇÃO LUBRIFICANTE
DE SEGIROS LTDA

8 A. NOV. 2017

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE

*cf. plano de tratamento
para o L. L. L.*

Dr. Alfredo Junio Maciel
Ortopedia
(CRM-PE 2689)

19/08/11



Solicitação de Diária de Acompanhante
Lauda Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: Anderson Albert Meira de Mend
Data de Nascimento: 14.06.1996 Registro: _____
Setor: UPEDE - ort. Leito: _____
Nome do Acompanhante: Marcia Pereira Santos

Justificativa Médica: _____

Tássio Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19862
13/08/2017

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

☐ Acompanhante para pacientes assegurados por Lei: Menor de Idade, Idoso ou Deficiente

15.002.40470001-97
TRACÃO CONSTRUTORA
DE SEGUROS LTDA

Justificativa Social: _____

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Data: 13.08.17

Assinatura e Carimbo da Assistente Social

Assistente Social



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

RX

Unidade de Saúde: Anderson Alberto Neves de Almeida Lima

Nome do Paciente: Anderson Alberto

Enfermaria:

Leito:

Registro Nº: 277402

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO			
				06:00	12:00	18:00	24:00
13/08/17		1) Insuf. card. leve	S.N.D.				
		2) Betadine 1000 mg. 100ml	06:00 12:00 18:00	TEMP. 36.0	06.0		
		3) Dipirona 1000 mg. 100ml	06:00 12:00 18:00	DIURESE 24.0	06.0		
		4) Clorazepato 15mg. 100ml	06:00	SNG			
		5) SNG	Rutina	P.A.			
				DRENAGEM TORÁCICA			
				DRENOS KIER			

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 23102

05.503.1947/2013-01
INSTITUTO COOPERATIVA
DE SEGUROS LTDA
14.000.000/2017
Rua da Aurora, 175, 51.512-810
Boa Vista - CEP: 06060-010
Ribeirão Preto - SP

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



IMPRESSÃO DA FICHA DO PACIENTE

-- Identif. --

Nome : ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
 Endereço : SÍTIO GONÇALVES FERREIRA
 Telefone :
 Celular : 8199895.490
 Bairro :
 Cidade : Caruaru
 Data.Nasc: 14/06/1996 Idade: 21 anos e 2 meses
 Natural :
 Cor :
 Est.Civil: Solteiro(a) Sexo: Masculino Sangue:
 Indicado :
 Médico : PABLO THIAGO C. DE ALBUQUERQUE
 Prim.Cons: 15/08/2017 Ult.Cons:
 RG :
 CPF : 11302565451
 Mãe :
 Respons. :
 Código: 6648
 Fax: :
 Cep: -
 Estado: PE
 E-mail:
 Cortesp: Não Enviar
 Retorno:
 Pai:
 Fone:



Convênio

Matrícula

Validade

Observações

-- Cirurgias --

Cirurgias:

15/08/2017:

Procedimento :

UNGUEAL

Hospital :

SEMPRE SAÚDE

Equipe :

DR PABLO THIAGO (CIRURGIÃO)

- FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 5TO QDD + LESÃO

Descrição :

ASSEPSIA+ANTISSEPSE

APOSIÇÃO DE CAMPOS

BLOQUEIO LOCAL COM XYLESTESIN SEM VASO

REALIZADO EXERESE DA UNHA

VISUALIZADO FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL

REDUÇÃO INCRUENTA

IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO

RECONSTRUÇÃO DO LEITO UNGUEAL

SUTURA

CURATIVO.

Dr. Pablo T. C. de Albuquerque
 MÉDICO
 CRM 15.172
 15/08/2017
 IRACAO CORRETOHA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



LAUDO MÉDICO:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA, CPF 113.025.654-51, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 5TO QUIRODACTILO DIREITO COM LESÃO UNGUEAL, REALIZADO EXERESE DA UNHA E RECONSTRUÇÃO DO LEITO UNGUEAL.

CID 10 : S62.6 + S60.1.



DR. PAULO THIAGO CABE ALBUQUERQUE
CRM 15.172
22 de agosto de 2017

05.802.494/0001-56
TRACÃO CONHECIDA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SEMPRE SAÚDE LTDA - Rua Laudelino Rocha, 1140, Maurício de Nassau, Caruaru - PE. CEP: 55012-690. CNPJ: 23.360.918/0001-47. FONE: (81) 3721-3957.



Comprovante de matrícula

0012

REPÚBLICA DE
PERU
MINISTERIO DE
EDUCACIÓN

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS

1222106674

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / UT

0284112 SDB PE

CPF

213.080.654-51

DATA NASCIMENTO

14/06/1996

FILIAÇÃO

CARLOS ALBERTO DE LIMA

MARIA LUCIA NEVES DE
ARRUDA LIMA

PROFISSÃO

ADM

CAT. INSC.

AM

Nº REGISTRO

06325023308

VALIDADE

19/12/2019

P. OBSERVAÇÃO

18/03/2015

OBSERVAÇÕES

Exerce Ativ. Remunerada

Assinatura do Aluno

Assinatura do Professor

LOCAL

CARUARI - PE

DATA EMISSÃO

21/03/2016

00014658030

08072047690

PROFESSOR PLÁSTICO

777-402

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CONCRETO
DE SEGI'ROS LTDA


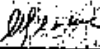
8 4 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Soa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1219719252	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA CIDADANIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICACAO		
	NOME ROSILENE MARGARIDA DA SILVA		
1219719252		DOC. IDENTIFICACAO ENVIADA/P 3000356 SDB-PE	
		CPF 038.170.984-00	
		DATA NASCIMENTO 30/01/1970	
		PRONOME SEVERINO FERNANDO DA SILVA	
		MARGARIDA FERNANDES DA SILVA	
	PASSADO 	ACC 	CV, HAB AB
	N° REGISTRO 06279302663	VÁLIDE 22/02/2018	VALIDADE 13/01/2015
1219719252	OBSERVAÇÕES Sem observações		
	Assinatura: <i>Rosilene Margarida Silva</i>		
	Assinatura do portador		
	LOCAL CARUARU - PE	DATA EMISSÃO 15/01/2016	
	Assinatura do portador 		
1219719252	9995676040 PRO70989350		9995676040 PRO70989350
	DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		

05.802.494/0001-1.
TRAÇAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

3 4 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 56.060-010
RECIFE - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013079992355
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 496026674 ANO FAB. 2017 EXERCÍCIO 2017

NOME MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

CARACTERÍSTICAS CARUARO-PE

PLACA ANT. / UF 027.399.324-58

PLACA 027.399.324-58

ESPÉCIE TIPO VEICULO MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA / XR150 2003 ESD

ANFAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 22 / 149 CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1202360

IPVA 2017 QUITADO

FAIXA LIVRA 1

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 27/01/17

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

CARUARO

27/01/17

CHARLES ANDRÉ DE SOUZA RIBEIRO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013079992355 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RENAVAM 496026674 MARCA / MODELO HONDA / XR150 2003 ESD

ANFAB. 2013 ANO MOD. 2013

PLACA 027.399.324-58

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 27/01/17

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 0,00 DETRAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R\$) 0,00

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.006/0001-09

05.802.634/2001-4
TRAFEGO QUANTITATIVA
DE SEGUROS LTDA
14 NOV. 2017
Rua de Almeida, nº 175, sl 302 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RITF-AP

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170613193 **Cidade:** Pombos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 12/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta em mão esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação 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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170613193 **Cidade:** Pombos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 12/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo com lesão ungueal.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor no 5º quirodáctilo esquerdo. Ao exame: rigidez em extensão do 5º quirodáctilo esquerdo

Resultados terapêuticos: Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Nº Sinistro: **3170613193**

Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Data do Acidente: **12/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170613193**.

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 11999287

Pag. 01437/01438 - carta_01 - INVALIDEZ



00020719



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Sinistro: **3170613193**

Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Data do Acidente: **12/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170613193** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00729/00730 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12021638



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA** Sinistro: **3170613193** Data: **12/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **VI GONÇALVES FERREIRA, 700 - GONÇALVES FERREIRA - Caruaru - PE - CEP 55105-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **9284112**

Data local do exame: [**13/12/2017**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta da falange distal do 5º quirodáctilo esquerdo com lesão ungueal. Vítima queixa de dor no 5º quirodáctilo esquerdo. Ao exame: rigidez em extensão do 5º quirodáctilo esquerdo

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Quadro submetido à osteossíntese com fios de Kirschner.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (**X**) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR Nº 443/12



Distribuição Controlada SUSSEP 443/12

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

113.025.654-51

Nome completo da vítima

Amadorson Alberto Neves de A. Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Amadorson Alberto Neves de A. Lima	113.025.654-51	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
VE Gonçalves Ferreira	700	Casas
Bairro	Cidade	Estado
Gonçalves Ferreira	Barra	PE
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
Rosa Silva Regueira@hotmail.com	55105-000	(81) 99285-3008

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0054

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

00082758

(Informar dígito se existir)

DV

4

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

DV

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.

Barra, 12 de Novembro de 2017
Local e Data

05.802.494/0001-67

GRANCO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Amadorson Alberto Neves de A. Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

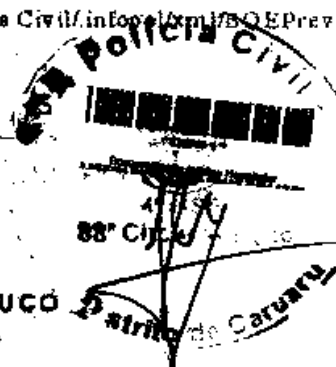
14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/info.../OEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0045005262**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/09/2017 às
10:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 12/8/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE POMBOS, 1 - Bairro: CENTRO**
POMBOS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (OUTRO)
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

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

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA
Data de Nascimento: **14/8/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SITIO BONÇALVES FERREIRA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
MUNICÍPIO DE CARUARU, 786, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

14 NOV. 2017

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA LUCIA NEVES DE
ARRUDA LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE



Polícia de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

ARRUDA LIMACategoria/Marca/Modelo: **MOYOCICLETA/HONDA/NXR150.BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PF56768 (PE/NAMBUCO/CARUARU)** Chassi: **6C2KD6340DR162033**
Ano/Fabricação/Modelo: **2012/2013****Complemento / Observação**

A VITIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA NOTICIAR QUE AO CONDUZIR, PELO LOCAL DO FATO, A REFERIDA MOTO, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DIANTEIRO DA MOTO PERRAPOU, QUE A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR, QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES QUE ENCAMINHARAM A VITIMA PARA O HOSPITAL VIRGINIA DOLAO DIAS/POMBOS/PE, DE ONDE A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HRA/CARUARU, CONFORME REGISTRO DE ATENDIMENTO N° 144632, ONDE TEVE O PRONTO ATENDIMENTO, SEM MAIS, FEZ CIENTE ESTA DEPOL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial*Anderson Alberto Neves de Arruda Lima***ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
(VITIMA)S.O. registrado por: **JOSÉ EDUARDO BORELA DE LIMA** - Matrícula: **221711-2****05.802.494/0001-41**
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**14 NOV. 2017**Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bon Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



..... Documento de Identificação

Eu, Anderson Alberto Silva de Araujo Lima, portador da carteira de identidade nº 9284112 e inscrito no CPF/MF sob o nº 413.025.654-51 residente e domiciliado na VII Gonçalves Ferreira Cidade Boa Vista Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Anderson Alberto Silva de Araujo Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista, 13 de Outubro de 2017
Local e data

05.002.443/0002-51
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Hospital e Maternidade Virgínia Colaço Dias

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Anderson Alberto Neres de Azevedo Lima

DIAGNÓSTICO: Trauma exposto de 5º quíquero de L10 (E)

PROCEDÊNCIA: POMBOS

DESTINO DO PACIENTE: Hosp. Regional do Agreste - causal
Trauma - atropelamento 5233230

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Pct, 21 ans, com história de queda do nob
mãe + filho, com fratura exposta de 5º quíquero
filho. Músculos intactos, nega perda de consciência.
Sem queda na postura de flexão. Não
disponível de Rx no momento. Solicito aces-
sante ao caso clínico com especialista.

DATA 12.08.17

Ano 1002.494/0001-41
Médico TRACÇÃO CORRETORA
CRM-PE 24.976
DE SEGUROS LTDA

ASSINATURA DO MÉDICO

14.08.2017

Av. Joaquim Falcão, 109 - Centro - CEP 55630-000 - Pombos - PE - Tel/Fax: (81) 3596.1210 - CNPJ: 11.049.848/0001-21
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Recife-PE

"Quando Deus quer, o homem sonha e a obra nasce"



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/12/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação 72F3E30289A42F8A





Indústria de Energia Elétrica, Cadeia de Lata 104410, de 20/04/02
FABRICA - COTA Nº 010704 011010
Companhia Saneamento de Pernambuco
R. João de Barros, 14, Rio Verm. Recife, Pernambuco - CEP 55010-002
CNPJ Nº 08.953.920/0001-01 | Ins. Est. 000543-93 | www.sanepe.com.br

DEBENOS DEBENOS
CARLOS ALBERTO DE LIMA

CPF: 599.457.374-49

DEBENOS DEBENOS
RESIDENCIAL
Manoelito

DEBENOS DEBENOS
GONCALVES FERREIRA GONCALVES FERREIRA

GONCALVES FERREIRA GONCALVES FERREIRA
CARUPE PE
55105-000

DEBENOS DEBENOS
7000608305

DEBENOS DEBENOS
07/2017

DEBENOS DEBENOS
00033008

DEBENOS DEBENOS
04/17

DEBENOS DEBENOS
06/07/2017

DEBENOS DEBENOS
12/07/2017

DEBENOS DEBENOS
04/08/2017

DEBENOS DEBENOS
04/08/2017

DEBENOS DEBENOS
Nº DE CUSTO
701017308

DEBENOS DEBENOS
Nº DE INSTALAÇÃO
4125321

DEBENOS DEBENOS
TOTAL A PAGAR (R\$)

91,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Água (m³)	170,000000	0,71598573	121,72
Arrecado Bateria AMARELA			0,69
Contribuição Iluminação Pública			4,11
ICMS Substituição ICMS-UF PE 010727307-0400617			0,69

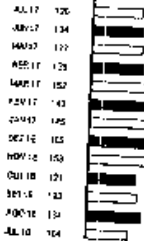
TOTAL DA FATURA

91,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	Tipo de Consumo	DATA	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	Nº DE CONTADOR	ALÍQUOTA	CONSUMO (m³)
01/01/17	120	01/01/17	01/01/17	01/01/17	01/01/17	120	1,0000	120,00

ANÁLISE DO CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

DESCRIÇÃO	VALOR	%
ICMS	0,69	0,75
ICMS	0,69	0,75
ICMS	0,69	0,75

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR	%
Consumo de Energia	121,72	100,00
Arrecado Bateria	0,69	0,75
Contribuição Iluminação Pública	4,11	4,50
ICMS Substituição ICMS-UF PE 010727307-0400617	0,69	0,75

DEBENOS DEBENOS
E029 BCE 3655 8732 C68 1-170 3339,6555

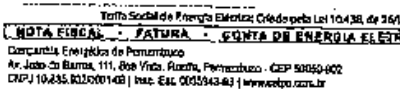
Nota Fiscal emitida eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 11:30:01
Assinatura eletrônica: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 11:30:01
Assinatura eletrônica: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 11:30:01
Assinatura eletrônica: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 11:30:01

05.802.494/0001-42
FRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

9 de NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA RICARDO P. DE 232

SAN FRANCISCO CARLUCCI
CARLUCCI PE
55000-000

12-107017

1249797.7 - 03356-030 - 044362

DECLARAÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (KVA)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição para o Polígono
IGAS Subvenc. do CDE - NF 01835424 - 17/08/17
Multa por atraso - NF 02193242 - 17/08/17
Juros por atraso - NF 01835424 - 17/08/17
Atualização IGPM - NF 01835424 - 17/08/17

DIAMETRO DE	PREÇO (R\$)	VALOR C/P
-------------	-------------	-----------

1

165,000,000	0.70142029	115.74
		1.82
		4.78
		12.48
		1.04
		2.02
		0.81
		0.02

1. 姓名: 王小明 2. 性别: 男 3. 年龄: 25 4. 职业: 教师 5. 住址: 北京市朝阳区 6. 电话: 13800138000 7. 邮箱: wangxm@163.com 8. 身份证号: 110101199801010001

Nº FOLHA	Tipo de FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIFERENÇA	CONSTANTE	AVALIAR	CORREÇÃO (NºFOL)
310642114	CAI	18-10-2017	R\$ 487,00	18-10-2017	R\$ 532,00	00	1,00000		165,00

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

[illegible]

INFORMATIONS IMPORTANTES

As vendas e a base de dados são de propriedade da Verrebra. Não é permitido a qualquer pessoa a utilização de informações do sistema. A 1ª Edição, ADETEC 414-2-9, é válida e é compreendida quando não houver as alterações individuais ou de nível de base de dados. Pagos os direitos de publicação de 24 (vinte e quatro) reais, a partir de 1 de 2002, e a partir de 1 de 2003, o valor é de 30 (trinta) reais. O Cliente é responsável por garantir a integridade dos dados e a segurança das informações e a segurança das informações.

[illegible]

CÓDIGO CONTRATO	RECEBANDO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0820850017	10/2017	25/10/2017	138,92

63840000001-4 38920011000-5 82085001710-1 09598100573-8





Declaração do Proprietário d



Eu, Maria Lucia Neves de Arruda Lima

RG nº 5.595.210, data de expedição 9/8/2007 Orgão SDS

portador do CPF nº 027.599.334-58, com Domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de PE, onde

resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Gonçalves Ferreira, nº 400, complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima, cujo o condutor era Anderson Alberto Neves de Arruda Lima.

Veículo: motocicleta

Ano: 2012/2013

Modelo: Honda/NXR 150 BROS ESD

Placa: PE5 6768

Chassi: 902KB0540BRJ02080

Data do acidente: 12-08-2017

Local e data: Caruaru 22 de Agosto de 2017

Maria Lucia Neves de Arruda Lima

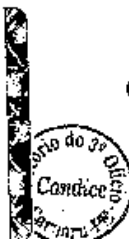
Assinatura do Declarante - Proprietário (a)

(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

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

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
 Bel. ORNOR TOSCANO
 R. da Sereia, 117 - Nova Serrinha dos Dourados - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722.0703 - Fax: (81) 3721.2218
 Reconheço por autenticidade a firma de **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**; dou fé.
 Selo: 0073718.LRK08201703.01503
 Caruaru/PE 22/08/2017 11:36:41. Em test. da verdade.
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
 Selo: R\$ 3,68 - TSNR R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op.: 23



05.802.494/0001-01
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.050-010
 RECIFE-PE





Número: **0002219-69.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **25/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64201605	06/07/2020 11:30	ANEXO 4	Outros (Documento)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9000355 SDS PE

CPF
029.170.884-60

DATA NASCIMENTO
30/01/1978

FILIAÇÃO
SEVERINO FIRMINO DA SI
LVA
MARGARIDA FORMOSINHA DA
SILVA

PERMISSÃO
30/01/2015

CAT. NAS.
AB

Nº REGISTRO
05279302661

VALIDADE
06/02/2021

1ª HABITACÃO
13/01/2015

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO TITULAR
Rosilene Margarida da Silva

LOCAL
CARUARU, PE

DATA EMISSÃO
07/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Ambrósio Sousa Ribeiro
Secretário de Habitação

PERNAMBUCO

8562286341
PE0818N1215

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1564015797

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564015797

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2016



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DO NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014207117144 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2012 11/07/18

CARTEIRA DE VIA CFP / CNPJ PLACA
027.559.334-53 FEF5768

RENAVAM MARCA / MODELO
00026574 HONDA / HATARI BROX ESD

ANO FAB. CILINDROS Nº CHASSI
01 03 GC2KDD5400R102088

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CURTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) TOTAL A PAGAR PELO SEGURADO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.218.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

CPF DO SEU DEBENTE REGISTRATÓRIO.

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2011



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Anderson Alberto Neves de Almeida Lima
 DATA DO ACIDENTE 10-06-2018 CPF DA VÍTIMA 113026654-31
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Rosilene Mangarida da Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Manoel Barauna
 Nº 18 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Gonzales Ferreira
 CIDADE Caruaru UF PE CEP 55105-000
 E-MAIL Rosilene.mangarida@hotmail.com TELEFONE (11) 99285-308

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA Rosilene Mangarida da Silva

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURODORA

DATA 22 NOV 2018
 NOME ARUANA SEGURODORA
 ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548972 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUIERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548972 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Nº Sinistro: **3180548972**

Vítima: **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**

Data do Acidente: **10/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548972**.

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 13623801

Pag. 00367/00368 - carta_01 - INVALIDEZ

00020184



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 113.025.654/51 Nome completo da vítima: Anderson Albonito Neves de A. Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Anderson Albonito Neves de Almeida Lima CPF: 113.025.654/51
 Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
 Bairro: Conceição Ferreira Cidade: Boatuaru Estado: PE CEP: 55105-000
 E-mail: Rosa.Silva_Reguero@hotmail.com Tel. (DDD): (81) 99285-3008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0051 CONTA: 00082758 (4) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

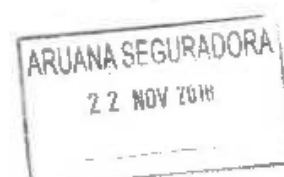
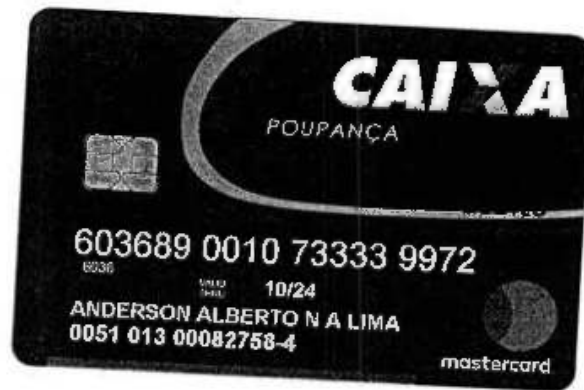
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boatuaru, 12-11-2018
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Anderson Albonito Neves de Almeida Lima
 Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____
 Assinatura da Seguradora: ARJANA SEGURADORA
 Data: 22 NOV 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0179002452**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2018** às **17:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **10/6/2018** às **18:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, ESTRADA DE GONCALVES FERREIRA -**
Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO OUE (AUTOR / AGENTE)
MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (OUTRO)
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

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

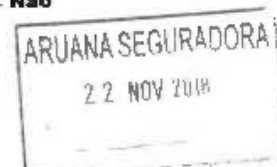
ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA Pai: CARLOS ALBERTO DE LIMA Data de Nascimento: 14/6/1996 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 700, RUA MANOEL BARAUNAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO OUE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



11/09/20



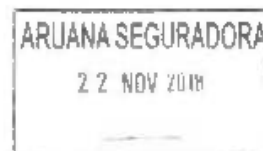
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PF36768** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KDO540DR102080**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA DE VINHA PILOTANDO A REFERIDA MOTO QUANDO NO LOCAL MENCIONADO UM DESCONHECIDO JOGOU UM PEDRA NA VITIMA, TENDO A PEDRA ATINGIDO A VITIMA QUE CAIU, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES A UPA DAS RENDEIRAS EM SEGUIDA AO HRA E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO AO CLINICA SAO GABRIEL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA(VITIMA) *Anderson Alberto Neves de Arruda Lima*B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA** - Matrícula: **136042-8***Francisco Miguel da Silva*

11/09/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 113.025.654/51 Nome completo da vítima: Anderson Albonito Neves de A. Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Anderson Albonito Neves de Almeida Lima CPF: 113.025.654/51
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Manoel Barauna Número: 18 Complemento: Coroa
Bairro: General Figueira Cidade: Boatuaru Estado: PE CEP: 55105-000
E-mail: Rosa.Silva_Reguero@hotmail.com Tel.(DDD): (81)99285-3008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0051 ☐ CONTA: 00082758 ☐ 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Boatuaru, 12-11-2018
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Anderson Albonito Neves de Almeida Lima

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura
ARJANA SEGURADORA
22 NOV 2018



120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
P: _____ bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Alergias: Nimesulide



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS
Ficha de Atendimento

Clínica Médica

SALA
AMARELA

HA DO PACIENTE: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: _____ HORA: 19:30 TURNO: NOTURNO

DO PRONTUÁRIO: 0920 DATA: 10/06/18 SEXO: F () M (X) DT. NASC: 14/06/1996

ME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ALMEIDA ZIMA

DE: 21 MÃE: MARIA ZUCIA NEVES DE ALMEIDA ZIMA

PAI: CARLOS ALBERTO DE ZIMA

ENDEREÇO: R. MANOEL BANANA Nº 700 COMPLEMENTO: CASA

RUA: CONGALVES FENHA CIDADE: CARUARU FONE: 9292-2803

DO CARTÃO SUS: _____ Nº DO RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1-1-

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda da motocicleta há 30 min.

Refere episódios de desmaio e sonolência
Neos vomitos. Refere ainda dor em
ombro direito

EXAME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

INDICAÇÃO: 1) Descompressão do comp IM, 20/05

2) Rx de clavícula

3) Tiletal - OIFA 1000 20/05

4) Dipirona - OIFA 1000 20/05

INDICAÇÃO DE ALTA: 1) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05

ASSINATURA DA LIBERAÇÃO: _____

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo

Joseane Mendes
Aux. Farmácia
Mg. 15.140-2

Ananda Domingos
Médica
CRM-24968

Assinatura e carimbo - Médico

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000082758-4

Nr. da Autenticação F5636011F8DC9049





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.093, de 26/04/2000
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-003
CNPJ 10.935.920/0001-09 | Insc. Est. 0005945-89 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CICERO MARCOLINO ESPINDOLA

CPF: 377.699.524-88

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
02/05/2018	UNICA	08/08/2018
08/08/2018	0000000000	0000000000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL BARBOSA, 18

GONCALVES FERREIRA GONCALVES FERRE
CARUARU/PE
55105-000

CONSUMIDOR	08/2018
4005148370	
DATA DE CANCELAMENTO	04/08/2018
13/08/2018	
TOTAL A PAGAR (R\$)	18,55

CLASSIFICAÇÃO DA CONTA ELÉTRICA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,00000000	0,58451998	18,83
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,62
			18,66

TOTAL DA FATURA

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Atual	Preço	Constante	Atual	Consumo (kWh)
08/2018	08/2018	08/2018	08/2018	08/2018	0,58451998	1,00000		1,00

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Atual	Preço	Constante	Atual	Consumo (kWh)
08/2018	08/2018	08/2018	08/2018	08/2018	0,58451998	1,00000		1,00

Observação: Este é um resumo da fatura de energia elétrica. Para mais detalhes, consulte o extrato completo da fatura de energia elétrica.

PERÍODO	Tipo da Fatura	Anterior	Atual	Atual	Preço	Constante	Atual	Consumo (kWh)
08/2018	08/2018	08/2018	08/2018	08/2018	0,58451998	1,00000		1,00

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018





Término Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-922
CNPJ 10.438.938/0001-08 | Insc. Est. 00084343 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSEMERE FORMAGINA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PILARDO PILAR 332

CPF 628.461.984-04

SÃO FRANCISCO CARUARU
CARUARU
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mantenedor

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
0820850017	UNICA	11/10/2018
11/10/2018	2002264970	894382

CONTA CONTRATO	MÊS
0820850017	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA FIM DA PRÓXIMA LETURA
19/10/2018	12/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	158,56

RESUMO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	173,000000	0,73080086	126,40
Adicional Bandeira VERMELHA			12,11
Contrib. Lum. Pública Municipal			12,52
ICMS Substit. do ICMS - NF 027432886-100816			1,08
Multa por atraso - NF 031274987 - 11/08/19			2,82
Juros por atraso - NF 031274987 - 11/08/19			0,37
Ajustamento - CFM - NF 031274987 - 11/08/19			0,26

TOTAL DA FATURA

158,56

W DO	TIP	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
21/08/2018	CAI	11/10/2018	10/10/2018	11/10/2018	10/10/2018	11/10/2018	10/10/2018	11/10/2018	10/10/2018

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%
Out 18	173	126,40	26,37%
Set 18	171	124,89	25,91%
Ago 18	165	120,89	25,34%
Jul 18	154	112,89	23,84%
Jun 18	178	130,89	27,57%
Maio 18	169	125,89	26,14%
Abr 18	177	130,89	27,57%
Mar 18	230	175,89	36,84%
Fev 18	198	148,89	31,44%
Jan 18	181	137,89	29,14%
Dez 17	191	145,89	30,74%
Nov 17	166	125,89	26,14%
Out 17	185	140,89	29,54%

Pague por boleto de cobrança ou em dinheiro, no valor total da conta de consumo e das taxas e encargos. O boleto de cobrança é emitido pelo Banco do Brasil S.A. e deve ser pago até a data de vencimento. O boleto de cobrança é emitido pelo Banco do Brasil S.A. e deve ser pago até a data de vencimento. O boleto de cobrança é emitido pelo Banco do Brasil S.A. e deve ser pago até a data de vencimento.

Assinatura eletrônica do cliente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/07/2020 11:30:01

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosilene Margarida da Silva inscrito (a) no CPF 029.140.884 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anderson Alberto Naves de A. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 / 51, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Anderson Alberto Naves de A. Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.025.654 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Não possuo

☒ 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>Ricardo Pilon</u>		Número <u>332</u>	Complemento <u>Carra</u>
Bairro <u>São Francisco</u>	Cidade <u>Baruama</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email <u>Rosilene.margarida@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 99285-308</u>	Telefone celular (DDD)

Baruama 12 de Novembro de 2018
Local e Data

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Lucia Neves de Arruda Lima
RG nº 5595210, data de expedição 29/06/11, Órgão SDS
portador do CPF nº 027.599.334-56, com Domicílio na
cidade de Baruana, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Barauna,
nº 18, complemento Alba, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
cujo o condutor era Anderson Alberto Neves de Arruda Lima

Veículo: Motocicleta
Ano: 2012/2013
Modelo: Honda NXR 150 Bros 6SD
Placa: PFS 6768
Chassi: 9C9K D0540 DRLO 2080
Data do acidente: 10-06-2018

Local e data: Baruana, 13 de julho de 2018

Maria Lucia Neves de Arruda Lima
Assinatura do Declarante - Proprietário (a)
(Assinar e Reconhecer a Firma por Autenticidade)

Anderson Alberto Neves de Arruda Lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. ORRÍO TORRES
R. dos Expedicionários, 112 - Vila Serrana dos Dourados - Caruaru/PE - CEP: 55003-440 Fone: (81) 3782.4733 - Fax: (81) 3782.2118
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA; dou fé.
Selo: 0073718.AHQ06201802.02068
Caruaru/PE, 11/07/2018 09:30:27. Em test. da verdade.
Neves de Arruda Lima
NEVES DE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
Consulte Autenticidade em: www.tpejustbr/autenticidade



3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. ORRÍO TORRES
R. dos Expedicionários, 112 - Vila Serrana dos Dourados - Caruaru/PE - CEP: 55003-440 Fone: (81) 3782.4733 - Fax: (81) 3782.2118
Reconheço por autenticidade a firma de ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA; dou fé.
Selo: 0073718.VF106201803.04500
Caruaru/PE, 23/07/2018 12:38:38. Em test. da verdade.
Cynthia Morgana Lima Sabino
CYNTHIA MORGANA LIMA SABINO - Escrevente
Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 31
ARUANA SEGURO



22 NOV 2018



120 x 70 mmHg
amp: _____ °C FR: _____ rpm
bpm Peso: 68 kg
GT: _____ mg/dl SpO₂: _____ %
Alergias: Nimesulide



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA RENDEIRAS
Ficha de Atendimento

Clínica Médica

SALA
AMARELA

HA DO PACIENTE: _____ Nº DA OCORRÊNCIA: _____ HORA: 19:30 TURNO: NOTURNO

DO PRONTUÁRIO: 0920 DATA: 10/06/18 SEXO: F () M (X) DT.NASC: 14/06/1996

ME: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ALBUQUERQUE ZIMA

DE: 21 MÃE: MARIA ZUCIA NEVES DE ALBUQUERQUE ZIMA

PAI: CARLOS ALBERTO DE ZIMA

ENDEREÇO: R. MANOEL BANANAS Nº 700 COMPLEMENTO: CASA

RUA: CONGREGAÇÃO FENIX CIDADE: CARUARU FONE: 9292-2803

DO CARTÃO SUS: _____ Nº DO RG: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: 1-1-

HISTÓRICO DO PACIENTE: Queda da motocicleta na 300m.

Refere episódios de desmaio e sonolência
Neos comatos. Refere ainda dor em
ombro direito

EXAME FÍSICO: EGB, consciente, orientado ECG 15

DIAGNÓSTICA: 1) Trauma

INDICAÇÃO: 1) Descompressão do comp IM, 20/05

2) Rx de clavícula

3) Tiletal - OIFA 1000 20/05

4) Dipirona - OIFA 1000 20/05

INDICAÇÃO DE ALTA: 1) Citoproteção 1000 - OIFA 1000 20/05



HOSPITAL REGI L DO AGRESTE
EMER:STAD CIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 420409

Prontuário: 277402

Nome: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA

Data Nasc.: 14/06/1996

Idade: 21

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 706501365348899

Endereço: SÍTIO GONSALVES FERREIRA

Nº: 700

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55032970

Fone: 98954900

Profissão: AUXILIAR DE COSTURA

Nome da Mãe: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA LIMA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 11/08/2018 10:08

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Glândula de mão. Motocicleta
2.000 (2).

Exame Físico:

Glândula de mão. Motocicleta

PA:

FC:

FR:

Rx. Antebraço 1/2. Glândula de mão. Motocicleta

Diag. Provisório:

Fratura de clavícula

Cl: ENTENDIMENTO P1
TTO. Clavícula

Prescrição:

Dietas:

Data

Horário

Ortopedia / Traumatologia
Clavícula de Quilô
CRM-PE: 16.693 TEOT: 14.489

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018

de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente (X) Familiar MAR

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: Maria Rocio Maria de Almeida Lima RG: 5595210
Endereço: Rua Gonçalves Ferreira Tel.: (81) 9895-4900
Data: 12/06/18

Maria Rocio Maria de Almeida Lima
Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadlu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

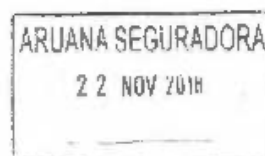
Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____ CRM: ____

6/11/2018 10:08:44 AM
2 de 2

Usuario do Atendimento
JOSERPGS



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDRÉSON ALBERTO NETO R. A. LIMA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

27742

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

406501361534812919

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/06/196

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Marcelina Alves da Silva Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO

8198348090

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

São Domingos Fátima

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Colônia

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

3560700

19 - CPF

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário no pronto socorro com relato de dor no abdômen + dor nas costas e náuseas

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Prontuário clínico de internação

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

Rx: Abdômen + exames clínicos

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prontuário de exames

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNES () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - NOME DO BENEFETÁRIO

38 - SÉRIE

39 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO


() CNES () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

ARUANA SEGURADORA**22 NOV 2018**

		PREFEITURA DE CARUARU				Número da NFS-e	
		SECRETARIA DE NEGOCIOS DA FAZENDA MUNICIPAL				386590	
		NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e					
Data e Hora da Emissão		27/06/2018 10:33:44		Competência	27/6/2018		Código de Verificação
Número do RPS				No da NFS-e substituída			684097556
				Local da Prestação			CARUARU - PE
Dados do Prestador de Serviços							
Razão Social/Nome		CLINICA SAO GABRIEL LTDA					
Nome Fantasia							
CNPJ/CPF	05.009.460/0001-02	Inscrição Municipal	17675	Município	CARUARU - PE		
Endereço e Cep	RUA SÃO GABRIEL, 00897 - MAURÍCIO DE NASSAU CEP: 55014-300						
Complemento		Telefone	(81)3722-9949	e-mail	contabilorient@hotmail.com		
Dados do Tomador de Serviços							
Razão Social/Nome		ANDERSON ALBERTO DE NEVES ARRUDA LIMA					
CNPJ/CPF	113.025.654-51	Inscrição Municipal		Município	CARUARU - PE		
Endereço e CEP	SITIO GONÇALVES FERREIRA, S/N - ZONA RURAL CEP: 55000-000						
Complemento		Telefone		e-mail			
Discriminação dos Serviços							
REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS							
VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS R\$ 6,81							
Código do Serviço / Atividade							
4.03 / 863050100 - ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS							
Detalhamento Específico da Construção Civil							
Código da Obra				Código ART			
Tributos Federais							
PIS		COFINS		IR(R\$)	INSS(R\$)	CSLL(R\$)	
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções			
Valor dos Serviços R\$	227,00		Natureza Operação		Cálculo do ISSQN devido no Município		
(-) Desconto Incondicionado			1-Tributação no município		Valor dos Serviços R\$ 227,00		
(-) Desconto Condicionado			Regime especial Tributação		(-) Deduções permitidas em lei		
(-) Retenções Federais	0,00		0-Nenhum		(-) Desconto Incondicionado		
Outras Retenções			Opção Simples Nacional		Base do Cálculo 227,00		
(-) ISS Retido			2 - Não		(X) Aliquota % 3,00		
(=) Valor Líquido R\$	227,00		Incentivador Cultural		(-) Valor do ISS R\$ 6,81		
				2-Não		(-) Sim (X) Não	
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, CARUARU.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.							
Aviões							

ARUANA SEGURADORA

22 NOV 2018





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente, de um lado a **CLÍNICA SÃO GABRIEL LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 05009460/0001-02, estabelecida na Rua São Gabriel, nº 897, bairro Maurício de Nassau, cidade de Caruaru - PE, neste ato representado por MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA NÓBREGA, brasileira, solteira, farmacêutica, portadora do CPF/MF nº 471.659.954-04 e do RG nº 2.022 CRF/PE, residente e domiciliada na Rua PE. Zacarias Tavares, nº 194, bairro Indianópolis, cidade de Caruaru-PE, doravante denominada **CONTRATADA** e de outro lado Sr.(a), **ANDERSON ALBERTO DE NEVES ARRUDA LIMA**, brasileiro, portador(a) do RG: 9284112 SDS PE e do CPF: 113.025.654-51, SÍTIO GONÇALVES FERREIRA, S/N - Caruaru/PE.

CONTRATANTE, firmam o presente contrato de prestação de serviços de acordo com as Cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO

1.1. O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços médicos em favor da **CONTRATANTE** referente à realização de Cirurgia a ser realizado na instituição denominada **HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL entidade credenciada** à **CONTRATADA**.

1.2. A cirurgia Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões - tratamento cirúrgico por Dr(a). Pablo Thiago Cavalcanti De Albuquerque, sem impedimento comprovado, e tem data prevista para internamento no dia 15 de junho de 2018 e para ser realizado no dia 15 de junho de 2018.

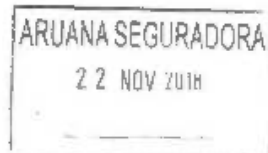
CLÁUSULA SEGUNDA: PREÇO DOS SERVIÇOS

2.1. A **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** pela prestação dos serviços descritos no item 1.1 da Cláusula Primeira, o valor total de R\$ 7.727,00 (sete mil, e setecentos e vinte e sete reais), sendo o pagamento a vista R\$ 7.500,00 e R\$ 227,00 em 3 vezes no hiper, referente material, honorários médicos e despesa hospitalar sendo limitado a duas diárias em apartamento, de acordo com orientação médica.

2.2 A **CONTRATANTE** declaram expressamente estar ciente e de acordo que o valor descrito no item 2.1, trata-se do valor previsto para o procedimento ao qual será submetida.

2.3. A **CONTRATANTE** também declara expressamente estar ciente que quando da realização do ato cirúrgico poderão ocorrer circunstâncias inesperadas que aumentar os custos os quais serão repassados a mesma mediante comprovação.

2.4. Caso ocorra a majoração de valores, obriga-se a **CONTRATANTE** a efetuar o pagamento da diferença, podendo se utilizar da mesma forma de pagamento do valor inicial.






LAUDO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, FIXADO COM PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA.

SOLICITO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR UM PERIODO DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

CID: S42.0


Dr. PABLO THIAGO ALBUQUERQUE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.172
28/06/2018

Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE

ARUANA SEGURODORA
22 NOV 2018



HOSPITAL MEMORIAL


Nº PRONTUARIO
3917DATA DE ENTRADA
15/06/2018 ÀS 07:12Nº REGISTRO
2910

BOLETIM DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

NOME PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA		SEXO: Masculino	NASCIMENTO: 14/06/1996	IDADE: 22 anos, 0 meses e 1 dia
NOME DA MAE: MARIA LUCIA NEVES DE ARRUDA		NOME DO PAI: CARLOS ALBERTO DE LIMA	IDENTIDADE: 9284112	CPF: 113.025.654-51
TELEFONE: 81998851752		CEP: 81991623573	UF: PE	CIDADE: CARUARU
ENDERECO: SÍTIO GONÇALVES FERREIRA	Nº: 700	BAIRRO: ZONA RURAL	CIDADE: CARUARU	UF: PE
CONVÊNIO: 26 CARTAO SAO	MATRICULA: 469461001000	VALIDADE CARTEIRA: 31/12/2018	SENHA: 000000000	UNIDADE DE ATENDIMENTO: INTERNACAO- HSG
CRM/MEDICO: 015172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE	ESPECIALIDADE: Ortopedia	CODIGO CBO: 225270	USUARIO DO ATENDIMENTO: PALOMASILVA	PROFISSÃO:
BLOCO: 4º ANDAR	ACOMODACAO: APARTAMENTO	LEITO: 404	ESTADO CIVIL:	NATURALIDADE: CARUARU

Queixa Principal:

*Problema de andar no
Vestido de academia e no
História Clínica: *Problema de andar e no**

História Clínica:

Exames:

HD:

Condição: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Transferido ☐ Óbito

Data Alta: / / Hora: /

Médico Responsável:

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Paciente ou Responsável

Palomasilva
PALOMASILVA

Av. José Veríssimo, 752 - Caruaru - Pe - Fones: 81-37277250 Ort - 8137277272 Ort - CNPJ: 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURODORA

22 NOV 2018

RELATÓRIO CIRÚRGICO

PACIENTE: Anderson Augusto Nery de Jesus Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do fêmur clavícula

OPERAÇÃO PROPOSTA: Fixação com oclusor

OPERAÇÃO REALIZADA: A mesma

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Oclusor

DATA: 15/06/18 INÍCIO: TÉRMINO:

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Arthur Medeiros

1º AUXILIAR: Paulo Thiago

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Fraga

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio

INSTRUMENTADOR(A):

POSIÇÃO DO PACIENTE: Lado deitado

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA NA SALA DE CIRURGIA

SOLUTO GLICOSADO:

SOLUTO FISIOLÓGICO:

RINGER LACTATO:

ANTIBIÓTICOS:

REPOSIÇÃO DE SANGUE E DERIVADOS

SANGUE TOTAL:

CONCENTRAÇÃO DE HEMÁCIAS:

CONC. PLAQUETAS:

PLASMA FRESCO:

ALBUMINA HUMANA:

HAEMACEL OU SIMILAR:

- 1 - PREPARO DO CAMPO
- 2 - VIA DE ACESSO
- 3 - ORGÃOS E LESÕES

- 4 - TÉCNICA E TÁTICA
- 5 - FECHAMENTO (FIOS E SULTURA)
- 6 - DRENO E Sonda (PENROSE, KERH, ETC.)

- 7 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES
- 8 - GRÁFICO DA CIRURGIA
- 9 - PEÇA OPERATÓRIA - ANAT. PATOL.

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. 0011 - Admissão do paciente

2. Anestesia com bloqueio + bloqueio de campo

3. Acesso por via aberta - oclusor + pinos

4. Redução cirúrgica + fixação com oclusor

5. Anestesia do local + bloqueio + 03 pinos + 03 pinos de fixação

6. Lavagem extensiva

7. Fechamento com sutura e monofilamento

ARUANA SEGUNDO

22 NOV 2018

Dr. Paulo Augusto Nery de Jesus Lima

Dr. Paulo Augusto Nery de Jesus Lima

CRM 111111

FICHA DE ANESTESIA

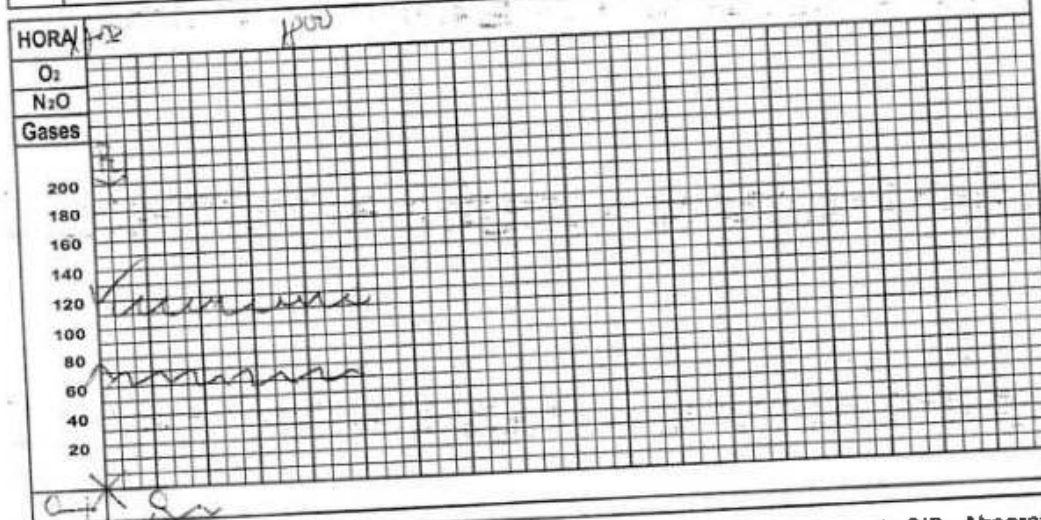
DATA: _____

HORA: _____

CATEGORIA

NOME: <u>Anderson Augusto Naves de Almeida Lima</u>					DATA: <u>15/06/19</u>	REG:
SEXO: <u>M</u>	COR: <u>B</u>	IDADE: <u>22a</u>	PESO:	ALT:	HOSPITAL:	

PRÉ-OPERATÓRIA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura Clavícula</u> (D)				P.A.	F.C.	TEMP.	RESPIRAÇÃO	ASA
	HEMÁCIAS	HCTQ	HB	LEUCÓCITOS	ANESTESIA PORPOSTA <u>Blocker para fratura (D) via intravenosa com 5mg de midazolam + 1mg de fentanil para controle sintomático</u> (D)				
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA					
	GLICOSE	URÉIA	CREATININA	PROTEÍNAS					
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
	OP. PROPOSTA <u>Fixação Cirúrgica Fratura Clavícula</u> (D)				ALERGIA:				
	OP. REALIZADA:				ANEST. ANTERIOR:				
					PRÉ-ANESTÉSICO: <u>Midazolam 5.0mg</u>				
					ECG:				



ANOTAÇÕES

1. Fratura 100%

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA: Aberto - Semi-fechado - Fechado S/C - Absorção CO ₂				
<u>Verbal</u>	<u>0.2%</u>	<u>30 cc</u>	<u>Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda</u>				
<u>Verbal</u>	<u>0.2%</u>	<u>20 cc</u>	<u>Intubação</u>				
<u>Etomidato</u>	<u>0.1%</u>		Posição	Local Punção	Liq. Ret.	Téc. Inj.	
			Pos. Pós	Pos. Pós	Aparelho	Cond. Final	
			Resultado Reflexo				
			Duração da Op.				
			Duração da Anest.				
			Monitorização <u>ECG + Oximetria + Sat</u>				
			Teste Aldrete e Koulik	MOV.	CONS	COR	CIRC
							RESP

ARJANA SEGURADORA

22 NOV 2019

Médico Anestesiista




PACIENTE: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA
MÉDICO SOLICITANTE: Dr (a). PABLO THIAGO
DATA: CARUARU, 27 DE AGOSTO DE 2018.
PLANO: SAO GABRIEL
IDADE: 22 ANOS

RX DO OMBRO ESQUERDO

Controle de tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita, fixada por placa e parafusos metálicos.

Espaços subacromial e glenoumeral reduzidos.

Partes moles sem alterações.


Dr. João Rodrigues A. Neto
Radiologista
C.R.M. 11976



Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 (Ortopedia) | 3727-7272 (Oftalmologia)
CEP 55.014-250 - Caruaru - PE





ATESTADO MÉDICO


ATESTO para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Anderson Alberto
Nunes da Arruda Lima

necessita de 15 (Quinze) dias de licença,

por motivo de doença a partir de esta data

CID 542.0

Caruaru 11 de 06 de 18


Av. José Veríssimo, 752 - Maurício de Nassau
Fone: (81) 3727-7250 CEP 55.014-250 - Caruaru - PE
CNPJ: 22.721.288/0001-26

ARUANA SEGURADORA
22 NOV 2018



HOSPITAL MEMORIAL SÃO GABRIEL LTDA Fone.: 81 3727-7250 C.G.C.: 22.721.288/0001-26 Pag: 001
 Bairro: CEP: 0- Município: UF: PE
 Paciente: ANDERSON ALBERTO NEVES DE ARRUDA LIMA Idade: 22 anos 14/06/1996 Empresa: Senha: 000313539
 Segurado: Matrícula: 469461801000 Guia: 090313539 Remessa: 70 7/2018
 Convenio: Q026 CARTÃO SÃO GABRIEL HSG Registro: 000002910 Cod.p/Conv.: Emissão: 04/09/2018 as 08:53
 Início Tratamento: 15/06/2018 as 07:12 Alta: 16/06/2018 as 17:36 Motivo: Melhorado Permanência: 3 dias
 Localizacao: Bloco: 4 ANDA 4º ANDAR Acomodacao: APT40 Leito: 404
 Procedimento: 30717108 FRATURAS E/OU LUXACOES S/OU AVULSOES - TRATAMENTO Horário do procedimento: 07:12
 Medico: 15172 PABLO THIAGO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE Cod. Convenio:
 Tipo de Atendimento: 07 - INTERNAÇÃO Usuario: MARIALIMA

SERVICOS PROFISSIONAIS

Procedimento	Descricao	Ato	CRM	C.P.F.	Nome do Medico	Data	F.P.	Perc.	C.N.	Qt.	Valor Total
13.07.17.10-8	FRATURAS E/OU LUXACOES E/O Clin.			151721000.382.654-60	PABLO THIAGO CAV	15/06/2018			0,0	1	1.830,00
Total										---	1.830,00
Total - S.Prof./w/Cred. -->											1.830,00

Total de Serv. Hosp. ---->>> 0,00
 Total de Ron. Nao Cred. --> 1.830,00
 Total Geral da Conta ---->>> 1.830,00

ARUANA SEGURADORA
 22 NOV 2018



