

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Lucas Felix de Oliveira
brasileiro, solteiro
desempregado, portador(a) do RG nº 8.391.390 SDS/PE,
inscrito(a) no CPF sob o nº 105.544.554-47, residente e
domiciliado(a) à Rua Belo Horizonte, nº 1131, Nova Ima do O,
Paulista, PE CEP:
53431-275.

OUTORGADO: **RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**, brasileiro, solteiro,
advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do
Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01
– Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das
cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo
Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou
recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir,
impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE
perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for
necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do
OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e,
especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido
administrativo de indenização DPVAT.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o
OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS,
honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de
todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da
condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada
sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços
profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido
percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 25 de setembro de 2020.

Lucas Felix de Oliveira
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 – Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554



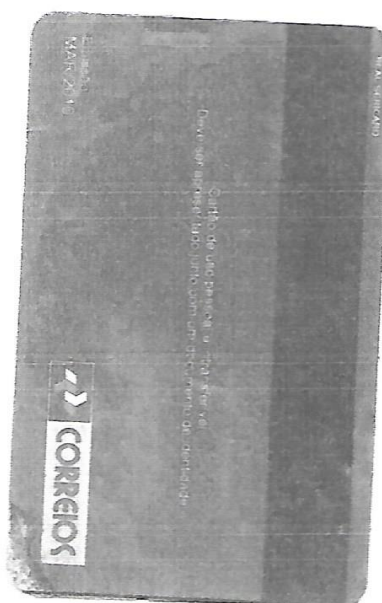
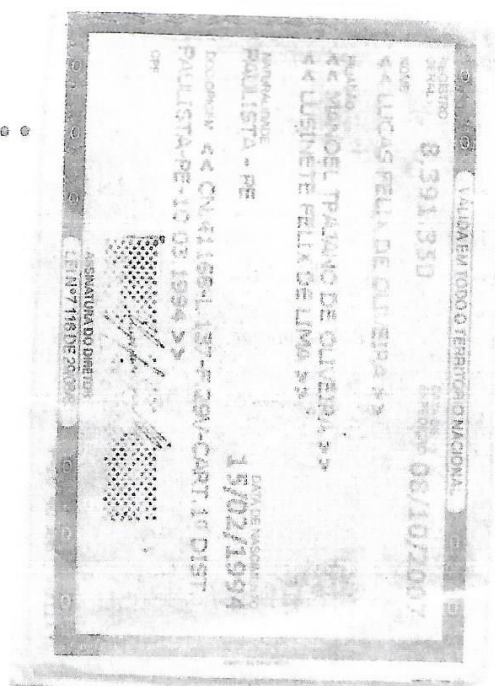
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Lucas Felix de Oliveira,
brancuro, solteiro, desempregado,
portador(a) do RG nº 8.391.350 SDS /PE, inscrito(a) no CPF sob o nº
105.544.554-47, residente e domiciliado(a) à Rua
Belo Horizonte, nº 1131, Nova Ara do O', Paulista,
PE, CEP: 53431-275, declara, para
fins de prova junto à Assistência Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015,
que não apresenta condições financeiras de arcar com o ônus processual deste feito,
sem que haja prejuízo próprio ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da
Lei e sob sua inteira responsabilidade

Recife, 28 de setembro de 2020.

Lucas Felix de Oliveira







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO MARANGUAPE - DP32ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0122001037

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/09/2020 às 08:51

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/1/2020 às 23:39

Fato ocorrido no endereço: **ALDEIA, 01, BOLA NA REDE** - Bairro: **ALDEIA DOS CAMARAS** -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **54789-530**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LUCAS FELIX DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**

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

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUSINETE FELIX DE LIMA** Pai: **MANOEL TRAJANO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **15/2/1994** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8391350/SDS/PE (RG), 10554455447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81987535866**

Endereço Residencial: **RUA BELO HORIZONTE, 1131, LOTEAMENTO CONCEICAO CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO POSTO DE SAUDE**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **NAO DECLARADO** Pai: **NAO DECLARADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS FELIX DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KFU9201** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **872816338** Chassi: **9C2KD03306R010406**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006** Combustível: **GASOL/ELÉTRICO**
Descrição: **UMA MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONHA NXR-150 BROSS COR VERMELHA ANO/MODELO 2005/2006 PLACA KFU-9201**

DEPRESSAO NO SOLO (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: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **DEPRESSAO NO SOLO DA PISTA OBSERVACAO: MOTIVO PELO QUAL A VITIMA VEIO A SOFRER O ACIDENTE!**

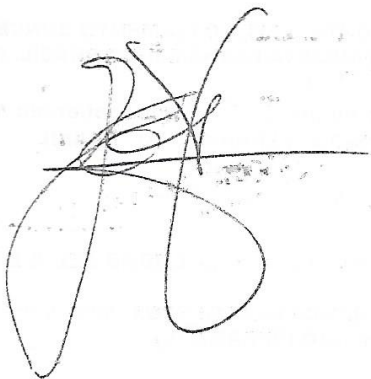
Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA NO DIA, HORA E LOCAL JÁ DESCRITOS ACIMA QUE, VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, QUANDO PERCEBEU QUE, EM SUA FRENTE, HAVIA UMA DEPRESSÃO NO SOLO (BURACO) NA TENTATIVA DE DESVIAR DO MESMO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A BATER NO MEIO FIO, E CONSEQUENTEMENTE, VINDO A CAIR COM A MESMA. POSTERIORMENTE, SE LEVANTOU; FOI PARA A SUA RESIDÊNCIA, PERCEBENDO A GRAVIDADE DA LESÃO NO BRAÇO DIREITO, SE CONDUZIU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRÃES. GERANDO O N° 510641 DE ATENDIMENTO, SENHA DE CLASSIFICAÇÃO: 0058 DATADO DO DIA, 01/01/2020 ÀS 23:39 HORAS CONFORME SEGUE ANEXO AS CÓPIAS DO ATENDIMENTO HOSPITALAR. ENCERRO O EXPOSTO FAT DELEGACIA DO JANGA

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

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE ELIDIO DE SOUZA LAGES** - Matrícula: **3848051**
(Liberado em **23/09/2020 às 09:22**)



23/09/2020 01



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0085943-93 | www.celpe.com.br

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

LUSINETE FELIX DE LIMA
ESCOLA MUNICIPAL LOTEAMENTO CONCHI

CPF 883 546 704-15 NIS 1638356852

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENTREGA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA BELO HORIZONTE 1131

NSA DO C/PAU AMARELO
FAULISTA PE
53431-275

2149905025 08/2020

109.64

GRANDEZA DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30,0000000		
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	70,0000000	0,14826996	4,47
Consumo-TUSD superior a 100 ate 270 kWh	70,0000000	0,25592565	17,91
Consumo-TU ate 30 kWh	30,0000000	0,26588248	27,25
Consumo-TU superior a 30 ate 100 kWh	70,0000000	0,12786024	3,92
Consumo-TU superior a 100 ate 220 kWh	70,0000000	0,21687367	15,51
Contrib. Ind. Publica Municipal	71,0000000	0,32824451	23,30
ICMS - Subvenc. ao Boleto Recda			14,22
PRC-CHAVE, A. (081)2412-1981 0812412-1981			2,38
			3,88

TOTAL DEFENSE

2032

REPRESENTATIVE OF UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FLUXÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

		COMPARAÇÃO DO CONSUMO		
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
JUN-20	171	4,00	25,00	23,04
JUL-20	168	3,00	18,75	17,04
JUN-20	172	92,00	1,00	1,00
MAR-20	164	30,00	5,04	4,63
ABR-20	169			
MAR-20	179			
FEV-20	155			
ABR-20	162			
DEZ-19	176			
OUT-19	171			
OUT-19	179			
SET-19	15			
AGO-19	168			

As condições gerais de funcionamento (Resolução ANEEL 414/2009) foram analisadas, e os riscos potenciais e a transição em conformidade à legislação para consulta, em casos de mudança de atendimento e no site www.celso.com.br

PURAÇÃO E PRESEMANÇA DAS REINVENÇÕES					VALORES EM TRÊS DÍGITOS	
PAL. ANTERIOR	VALOR ANTERIOR	LIMITE ANTERIOR	LIMITE TRIENNAL	LIMITE ATUAL	TEMPER. NOMINAL (V)	LIMITE DE VERAÇÃO (V)
					220	202 231
ONE	0,00	5,07	10,15	20,30		
FIVE	0,00	3,17	6,35	12,70		
TENNO	0,00	1,66	0,00	0,00		

Limite Cálculo 12,27 RUSC - Valor da Encargos de Livro do Sistema de Distribuição e RUSC 10



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Lucas Felix de Oliveira,

RG nº 8.391.350, data de expedição ___/___/___,

Órgão SDS-PE, CPF nº 105.544.534-47,

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>Rua Belo Horizonte</u>
Número	<u>1131</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Nova Senhora do O' Pau Amarelo</u>
Cidade	<u>Pau Amarelo / Paulista</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53431-275</u>
Tel. de contato	<u>-</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Recife, 28/09/2020.

Lucas Felix de Oliveira
Assinatura do Declarante



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 9850 938
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: _____	Idade: 25
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: Paulista	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: Dor + Edema importante em Mão (D).	
Hipótese Diagnóstica: Fratura de 3º Metacarpo + Sind. Compartmental.	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 510810

Usuário: ROBERTAMB

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	LUCAS FELIX DE OLIVEIRA			Prontuário:	132905
Idade:	25a 10m 19d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	15/02/1994
R.G.:		C.P.F.:		Telefone:	
Endereço:	RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301		1031 - NOSSA SENHORA DO O	CEP	53431275
					- PAULISTA - PE
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERD2-19
Médico Internação:	FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:		C.P.F.:	23 102 120
Endereço:		Numero:			
Telefone:		Cidade:		Estado civil:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	09/01/2020	Hora da Alta:	
Motivo:	☐ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☒ Evasão	
Condições de Alta:	estável. EGB		
Diagnóstico Principal.....:	Fx 3º MC		
Diagnóstico Secundário01.:	HAS		
Diagnóstico Secundário02.:			
cedimento.....:			

REVISADO
CCIH-HMA

Adauto Telino
Neurologia / Ortopedia
CRM 20097 e CRM: 15566

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/01/2020 23:32

Nome Paciente:	LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	15/02/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	25 anos
Senha:	0058
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 01/01/2020 23:31 - 01/01/2020 23:35

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE PAULISTA COM SENHA 5850931 COM FRATURA DE 3 MTC+ SINDROME COMPARTIMENTAL.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 69.00 BPM
- GLICOSE: 87.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

RECEBIDO
RUBIANNE LIMA

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/01/2020 23:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 510641

Data e Hora: 01/01/2020 23:39

Senha da Classificação:

0058

Paciente: 132905 LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/02/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LUSINETE FELIX DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BELO HORIZONTE DE 1, -

1231

Bairro: NOSSA SENHORA DO O

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

PACIENTE VEM DA TRAVESSIA
COM LERNO NO MEMBRO
APÓS QUEDA DE MOTO

Exame Físico

EDMA (+ + +) - FLEXO EXTENSÃO (+)

Hipótese Diagnóstico

FX 3. MTC - SIND. COMPARTIMENTAL?

Prescrição Médica

TRAMADOL 50mg 2FA + 100mg SF
DIPLOMA 1mg + 406L
FAÇO ANALGESIA E DEIXO
EM OBSERVAÇÃO + DA LAIO.

Assinatura e Carimbo/Médico

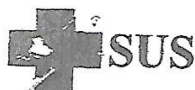
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		8431569	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
LUCAS FELIX DE OLIVEIRA		132905	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
698004053317268	15/02/1994	☒ Masculino ☐ Feminino	04 - Amarela
11 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
LUSINETE FELIX DE LIMA		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
LUSINETE		8198773726	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
RUA BELO HORIZONTE DE 1 A 301, 1231 - NOSSA SENHORA DO O			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
PAULISTA	261070	PE	53431275

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMATISMO EM MÃO DIREITA, EVOLUINDO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL			
21 - Condições que justificam a internação			
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE+ EXAME FÍSICO			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE 3º MTC DIREITO	S623	W199	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		0415020069	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) DNS () CPF	170519131480007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de registro no Conselho)
FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES		02/01/2020	João Bosco B. C. Neto Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 25.670 10605
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	
		E260000001	
48 - Documento		52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
CNS () CPF		262010245115-3	
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			
50 - Data da Autorização		51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro)	
		Adauto T. Lima Traumatologia e Ortopedia CRM-PE 25.670 10605	

Código do Laudo: 510641





SINISTRO 3200375112 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO LUCAS FELIX DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 10554455447

Posição em 27-10-2020 19:09:15

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos lis

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/10/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ipCocHEAIQNpJZrCF7MG1w==/6ja2bjk0c9n35fapi_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHkbBXyQ1__ql1022u-n0i3Tc=

JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0069795-61.2020.8.17.2001

Seção B

LUCAS FÉLIX DE OLIVEIRA, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A: 09.248.608/0001-04 e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A, CNPJ 60.831.344/0001-74.**

Recife, 27 de outubro de 2020.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

