

PIRELLI PLASTICAS
1219478289

ARUANA SEGUROS
16 OUT 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486093 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ana Maria Dutra Ribeiro".



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Amaro de Oliveira
 DATA DO ACIDENTE 20/11/2017 CPF DA VÍTIMA 192.850.194-04
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ricardo Magalhães dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Bloco Fernandes Vieira
 N° 21 COMPLEMENTO B BAIRRO fd. Mauá
 CIDADE Olinda UF PE CEP 55140 - 300
 E-MAIL MRASSSESSORIA.PENdencias @OUTLOOK.COM TELEFONE (81) 3011-3224

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE 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
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

DATA

NOME

ASSINATURA

16 OUT 2018

Ricardo Magalhães dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180486093 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA
RG/CNH/CTPS: 9.36.619 CPF: 192.850.194-04
End: AV. LUIZ CONCEIÇÃO DE BRITO, 1075, (Amp)
GRANDE

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, N° 21- B, JARDIM ATLÂNTICO - OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para
resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como
vítima: JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA

_____, de _____ de _____

ARUANA SEGUROS
16 OUT 2018

José Amaro de Oliveira

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENCRUZILHADA
COMARCA DE RECIFE - PE

Reconheço POR AUTÊNTICIDADE a firma indicada de
JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Deu de Recife, 16 de outubro de 2018.

Em testemunho
Robson Freitas de Melo (Escrevente Substituto)
Enol.: R\$ 3,30 Taxas R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Válido com o selo 0074203.0004203.04267

Cópia autenticada em: www.dje.pe.us.br/authenticity



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376848/18

Número do Sinistro: 3180486093

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF: 192.850.194-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2017

Titular do CPF: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376848/18

Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

CPF: 192.850.194-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/11/2017

Titular do CPF: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

JOSE AMARO DE OLIVEIRA : 192.850.194-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vitima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486093**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180486093

Vitima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486093**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180486093
Vítima: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 20/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180486093**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para a 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
192.850.194-04

Nome completo da vítima
José Arnaldo de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
José Arnaldo de Oliveira
Endereço
Av. Correia de Britto
Bairro
Campo Grande
Email

CPF titular da conta 192.850.194-04	Profissão Aposentado
Número 5075	Complemento
Estado PE	CEP 52040-360
Telefone (DDD) 81-3011.3224	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.
0048
(Informar dígito se existir)

DIV.
NRO.
151164
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	DIV.	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	DIV.	NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Colinda JS de 05 de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAC CAIXA: 0800 726 7401 e Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 7402

Assinatura autorizada, quando tem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.



Este cartão é pessoal e intransferível.

Atendimento Comercial: 3004 1106 (Capital e regiões metropolitanas)

0800 726 0505 (Demais regiões)

Guiafone: 0800 726 7474

CAIXA

AQUA

Banco24Horas

multibanco

cartão



ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTÕES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174004822**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2018** às **09:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 01, RUA LUIZ CORREIA DE BRITO** - Bairro: **CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IMPUTADO (AUTOR / AGENTE)
JOSE AMARO DE OLIVEIRA (VITIMA)

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **IMPUTADO**

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

JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALZIRA MARIA DA CONCEIÇÃO**
Pai: **JOÃO LOURENÇO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **16/3/1950** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **936619/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 081985534474**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAMPO GRANDE (BAIRRO), 1075, AVENIDA CORREIA DE BRITO, 1075, CAMPO GRANDE, RECIFE, PE - CEP: 55000-000** - Bairro: **CAMPO GRANDE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IMPUTADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IMPUTADO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA 20/11/2017, UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA BATEU NO MESMO E MACHUCOU A CABEÇA, O SR. JOSE AMARO DE OLIVEIRA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E FICOU INTERNADO. O ATENDIMENTO FOI DE NUMERO 895655/2017 PELO DR. CARLOS PAIVA CRM : 9946. O NUMERO DA OCORRÊNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS É 2018APM000410. O SR. JOSE AMARO AFIRMA NÃO SABER DADOS DA MOTOCICLETA ENVOLVIDA NEM DO SEU CONDUTOR.

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

Jose Amaro de Oliveira
JOSÉ AMARO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FLORENTINO FERREIRA DE ALMEIDA JUNIOR** - Matrícula: **221862-3**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

João Amaro de Oliveira

CPF da Vítima

092.850.194-04

Data do Acidente

20/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinale uma das opções abaixo:

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

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

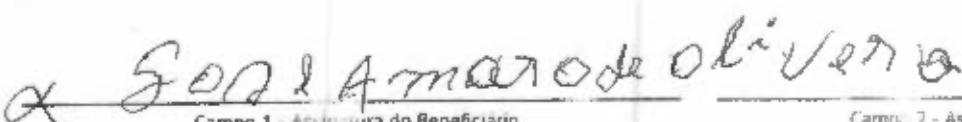
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Olinda, 15 de 05 de 2018

Local e Data


João Amaro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão n° 2018APH000410 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(º). JOSE AMARO DE OLIVEIRA, 67 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 936619 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 192.850.194-04, residente à RUA CORREIA DE BRITO, nº 1075, , CAMPO GRANDE, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/11/2017, por volta das 14:35 hs, no endereço: AV. LUIS CORREIA DE BRITO, S/N, CAMPO GRANDE RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(º) JOSE AMARO DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 192.850.194-04 e Registro Geral nº 936619, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707314-3 VIEIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 890827. Ficou aos cuidados do médico CRISTINA B. HEIRRICH, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Posição em 04/05/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000410*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.036.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Endereço ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
e Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GEORGINA CONCEICAO DOS SANTOS CPF: 011.716.435-80	DATA DE VENCIMENTO 11/05/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/05/2018	CONTA CONTRATO 001599476020
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV CORREIA DE BRITO 1076	TOTAL A PAGAR (R\$) 16,76	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/05/2018	Nº DO CLIENTE 2002416831
CAMPO GRANDE/RECIFE 52040-380 RECIFE PE	NÚMERO DA NOTA FISCAL 016095578	Nº DA INSTALAÇÃO 0002830237	
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AD FISCO	ADFF.4063.C7CB.E727.D959.CB94.E896.4BBC		

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	34,00	0,62194761	15,68					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03					
Multa por atraso-NF 007660406 - 02/03/18			0,30					
Multa por atraso-NF 011268071 - 03/04/18			0,29					
Juros por atraso-NF 011268071 - 03/04/18			0,07					
Juros por atraso-NF 007660406 - 02/03/18			0,22					
Atualização IGPm-NF 011268071 - 03/04/18			0,08					
Atualização IGPm-NF 007660406 - 02/03/18			0,18					
TOTAL DA FATURA			18,76					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS						
BASE DE CÁLCULO		COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	18,68	1,12	0,17	15,68	8,32	0,63	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEJOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MIN
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000031823031823	CAT	29/04/2018	1,00	04/05/2018	1,00	5	1,00000	0,00	0,00
000000003152931823	CAT	03/04/2018	0,00	28/04/2018	1,00	35	1,00000	0,00	1,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
maio/2015					
DIC-No de horas sem Energia	BANTO AMARD	1,37	0,03	0,07	0,34
FC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	0,33	12,70
DNIC-Duração máxima de Interrupção observada		1,57	2,69	0,09	0,08
DICR-Duração da Interrupção em critério				Limite DICR: 12,22	
EDD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 1,39					
Este Consumidor pode aderir a operação das Indicações DIC, FIC, DNIC e EDICR a qualquer momento.					

INTERMAGNETS: THE FORTUNATES

A partir de 25/04, tarifa com reajuste médio de 6,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.308/90. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão do fornecimento. Pagão, em atraso, gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% (Res 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês leitura do ICM-S conforme Art.8, XLVII, a, 21, da RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no dia em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
120	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

卷之三

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001599476020	05/2018	16,76	11/05/2018	Evita dobrar, perfurar ou rasurar. Este talão deve ser devolvido ao seu fornecedor.

TALÃO DE PAGAMENTO

838300000001 183600110017 589476030108 132163282820



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MECHANICAL

14/05/2018 09:34



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João da Barra, 111 - Boa Vista - Recife - Pernambuco - CEP 50030-902
CNPJ 10.835.892/0001-08 | Inscrição Estadual 2001045-83 | www.cepepe.com.br

MARQUIS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO - EN RECONNAISSANCE

CPF 156 003 254-23

JARDIM ATLÂNTICO/OLINDA
OLINDA/PÉ
53140-300

**BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofamiliar**

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR
01234777	ÚNICA	18/04/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
16/04/2016	201202000000	20511000

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

四百四十一

7027598778 04/2018
ATA DE VENCIMENTO DATA PRIMEIRA PAGAMENTO
23/04/2018 16/05/2018
ITALA PAGAR FIM

422.97

CONSUMO ALIMENTAR	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contribuição à Manutenção Pública	581.000000	1.88442618	383.91
CMS Subvenção - CDE-MF 005614288-18/02/18			18.92
Multa por atraso - MF 005614288- 18/02/18			2.88
Juros por atraso - MF 005614288- 18/02/18			6.95
Ajusteização - CDE-MF 005614288- 18/02/18			1.00

TOTAL DE FATTURAZIONE

422 93

MÉTODOS DE CALCULO	%	VALORES DE MÉTODO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
			GERAÇÃO DE ENERGIA	PERTE DE ENERGIA
AMT-10 500			R\$ 111,98	38,08%
MTM-10 500			R\$ 11,22	2,00%
PEV-10 4x5			R\$ 98,38	24,47%
AMT-10			R\$ 28,06	1,55%
CGE-17			R\$ 36,21	6,72%
MTM-12			R\$ 105,98	27,82%
			R\$ 105,98	

0.450 V/m

ABD11
AB17
AB412
MA12
ABR12

QEDD 口639.54 73.5063.3676 A156 10115 5000

Na data anterior a quando a reunião de 21 de outubro de 2008, o presidente da República, Dr. Luiz Inácio Lula da Silva, realizou a constituição da Comissão de Enquiry da Operação Lava Jato, o Conselho de Administração da Petrobras aprovou a criação de uma nova estrutura de auditoria interna para a Petrobras, a qual é a Auditoria Interna da Petrobras, que é composta por um Conselho de Auditoria Interna e uma Diretoria de Auditoria Interna.

na concentração para o
envolvimento da *Neuroleptica Antips.*
41-6200-12, também autorizada.
em vigor permanecerá válida a
procedência da dispensação para
o paciente, em razão das condições de
estabilidade, 2400 dias.

Em caso de risco iminente de desabamento, a remoção de emergência pode ser autorizada, bem como poderão ser tomadas medidas de reação ao risco de instalação do SPC e SPCASA, com autorização. Esse comando pode ser executado a critério de autoridade competente, que é o comandante de operações de salvamento e resgate, ou o comandante de operações de salvamento e resgate de emergência.

ABUANA SEGUN

16 OUT 2018

Comunicação de não pagamento das férias (compara-se com o artigo 178º)					
Versão	Órgão	Valor	Venda	Outros	Valor
2003/04	1804/05	363,45	Venda	Outros	Valor
Ora que de não pagamento das férias, o Parqueamento de emergência é perfeitamente lícito e com potencial de ser um instrumento de negociação entre os agentes de SPT e SERGAS. Com abrangência direta, esta comunicação não qualifica a não pagamento de férias como não seriação plena, de forma que justifica que pode ser feita desde 1994 e não de 2000.					
GRADUAMENTO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL
OLINDA	Ver 93/04	0,00	4,80	9,60	19,20
		0,00	2,12	6,36	12,72
		0,00	2,00	6,00	12,00
LIMITE COTAS	12,22	ELIUS - Ver 20.09.04 do Jornal de São Paulo			

CONTA CONTRATO NOME DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
7027586773 06/03/2018 23/04/2018

422 97

8385000004-0 22970011007-1 02759877810 3 11047300000



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pela exposto, eu Reuato Magalhães dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 065.382.254 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Amaro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 192.850.194 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima João Amaro de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 192.850.194 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Revisor Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios:
Recusou

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		Número	Complemento
<u>Ruaça Fernandes Vieira</u>		<u>21</u>	<u>B</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ed. Atlântico</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>53110-300</u>

E-mail MRASSESSORIAPENDENCIAS@outlook.com 81-3011.3224 9.8874-8263

ARUANA SEGUROS
16 OUT 2018

Olinda, 15 de 05 de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 890827/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 15h17 do dia 08.11.2017.

Diagnóstico provável: Poltravesia - TCE

Curtíssis da estrebarreto

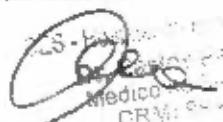
Tratamento realizado: Clínico

Medicamentos, Dose e frequência
Rx feito, Rx feito.

Obs. Outro tratamento - 11/11/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 24/09/18


Dr.
Médico
CRM: 842

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572.

ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 895655/2017.

NOME: JOSE AMARO DE OLIVEIRA.

Foi atendido às 10h15 do dia 20.11.2017.

Diagnóstico provável: TCE - Lesão extracraniana
femoral e dia

Tratamento realizado: Exame

Tel exame RPPN c/les.
exame laboratorial

Obs. Até horário - 28/11/17

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 08/03/18.



ARUANA SEGUROS

16 OUT 2018

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE – CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

Nome: JOSE AMARO DE OLIVEIRA
Idade: 60 Sexo: M
Médico: JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR
Procedência: SUS - AMBULATORIO

Pedido: 447495
Data do Pedido: 20/04/2018 08:45:00
Data do Laudo: 27/04/2018 11:03:58
Atendimento: 961882

Exame realizado em: 20/04/2018

RESONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

HISTÓRIA: dificuldade para deambular após TCE, segundo requisição médica.

COMPARAÇÃO: ressonância do crânio datada ce 22/11/2017 e tomografia computadorizada do crânio realizada de 28/11/2017.

TÉCNICA: foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem a administração do contraste paramagnético.

ACHADOS

Dilatação assimétrica do sistema ventricular supratentorial com proeminência "ex-vacuo" dos cornos temporal e posterior/trígono do ventrículo lateral direito, não evidenciada nos exames anteriores. Sulcos corticais difusamente alargados, nos parecendo haver discreto apagamento no hemisfério cerebral direito também observado na tomografia prévia. Cisternas amplas.

Observa-se área com hipersinal em T2 e FLAIR adjacente ao corpo temporal do ventrículo lateral direito associada a lámina com hipossinal em T2 e na sequência gradiente eco sugerindo a presença de produto de degradação da hemoglobina relacionado a hemorragia prévia.

Não mais evidenciamos a lesão hiperintensa em T1 e T2 observada na ressonância de 2017 relacionada a hematoma intraparenquimatoso na região temporal direita, existindo discreto componente heterogêneo com hipossinal periférico, notadamente na sequência gradiente eco, nesta topografia.

Não mais observamos as coleções extra-axiais subdurais, evidenciadas na ressonância anterior. Identificamos pequenos focos com hipersinal em T2 e FLAIR em ambos os hemisférios cerebrais notadamente periventriculares, bem como nos centros semiovais, com alguns focos subcorticais, sem efeito de massa ou restrição à difusão.

Na sequência difusão não há sinais de isquemias agudas.

Persiste alteração de sinal na região occipital esquerda caracterizada por hipossinal em T1 e na sequência FLAIR bem como hipersinal em T2, já descrita no estudo anterior.

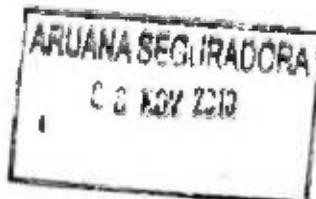
Fossa posterior sem alterações apreciáveis.

Sinal de fluxo normal ("flow void") dos vasos que constituem os sistemas carotídeos e vértebro-basilar.

Nota-se material com hipersinal em T2 ocupando algumas células etmoidais e nas mastoides.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Dilatação assimétrica do sistema ventricular supratentorial.
- 2- Achados acima descritos comprometendo a região temporal direita relacionadas ao trauma prévio.
- 3- Alteração de sinal na região occipital esquerda de natureza sequestral.
- 4- Diminutos focos hiperintensos em ambos os hemisférios cerebrais de natureza inespecífica ao método podendo estar relacionados a alterações isquêmicas/gliose
- 5- Sinais de sinusopatia inflamatória etmoidal e material supracitado nas mastoides também de



758

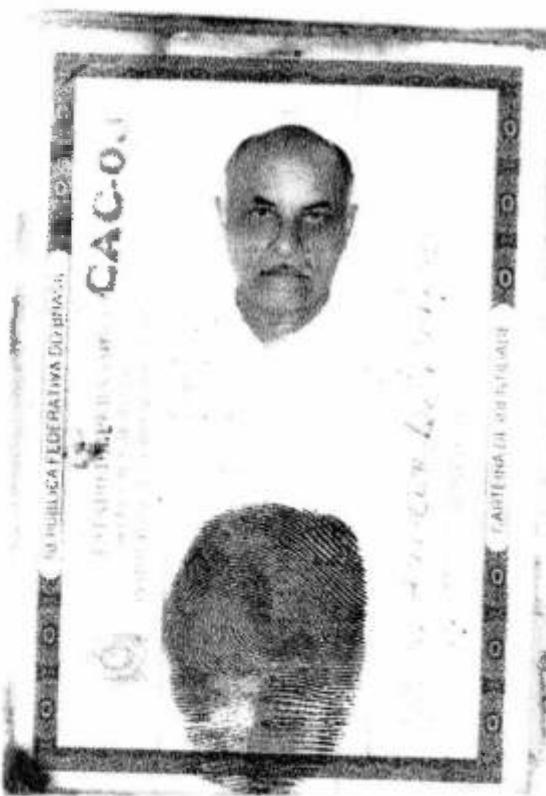


679-966

18/07/2009

• • **TIJUCA E OS REDES DE OLIMPIADA** • •

16/03/1950
MURKIN - PEL
44 UC 25 268-1 52 B-F 415-CART CAS
30FEB 1950-21/03/2009 >>



ARUANA SEGURU
16 OUT 2018