

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

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANA NASCIMENTO LIMA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Data do Acidente: 14/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANA NASCIMENTO LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: _____ Nome completo da vítima: _____

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

| | | | | | |
|------------------------|------------|--------------------------------|--|--------------|----------------|
| Nome completo: | | <i>Muciana Narcimento Lima</i> | | CPF: | 057.191.904.90 |
| Profissão: | Enderço: | | | Número: | 00 004 |
| Bairro: | Cidade: | Goiânia | | Complemento: | 1º andar |
| Rentro | PE | | | CEP: | 55 900-000 |
| E-mail: | Tel.(DDD): | | | 83 988812056 | |
| einhua_gi@hotmaile.com | | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Banco do Brasil*

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

AGÊNCIA: 8 CONTA: 457 89
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

Local e Data: *José Peron, 14 de janeiro de 2019*

Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: *COMPREV*
 CPF: *COMPREV - COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A*

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Alexandra Jesus Reis
 Assinatura do Procurador (se houver)

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

(*') A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU RÔGO, 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.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



agencia 0220-8
conta 45789-2

OMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

2 de 2



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0134000856

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/03/2018 às
12:33

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 14/3/2018 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA VER JOAO BEZERRA CHAVES, 81 -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA) (OUTRO)
LUCIANA NASCIMENTO LIMA (VÍTIMA)**

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)

Sr(a): DESCONHECIDA

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)

Sr(a): LUCIANA NASCIMENTO LIMA

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

**LUCIANA NASCIMENTO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: NADA CONSTA Data de Nascimento: 17/10/1988
Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6888188887/888/PE (RG),
88715188498 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão:
PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: 18 TRAVESSA MASSANGANA, 284 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:**

DESCONHECIDO Móvel da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 81 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA) (não presente ao
plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CONDADO, 81, RUA K - CEP: 88888-888 - Bairro:
CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Boletim de Ocorrência

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

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

HONDA BIZ (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125 Objeto apreendido: Não
 Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIT7183 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: BE3911248 Chassi:
 882JAB4388R882888
 Combustível: GASOLINA

BRAVVAK 50CC (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIANA NASCIMENTO LIMA,
 que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANA NASCIMENTO LIMA
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
 Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: SEM REG (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: SEM REGIS Chassi:
 LB412PGF8DGS88888
 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO NO ENDEREÇO RETRO QUANDO, UM JOVEM EM UMA MOTO BIZ, COR, PRETA, PLACA KIT 7183, PASSOU EMPINANDO A MESMA, VINDO A COLIDIR COM A VITIMA QUE TEVE OS SEGUINTEZ DANOS: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESÃO NO SEU SUPERCILHO ESQUERDO. SEM MAIS ECLARECIMENTOS, ENGERRO PRESENTE REGISTRO

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

Luciana Nascimento Lima
LUCIANA NASCIMENTO LIMA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: ALEXANDRE RABELO DA SILVA - Matrícula: 2738882

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DE GOIABA

ASSINATURA

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTÓCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGA

2 of 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044^a CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44^aCIRC
DINTER1/11^o DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0134000856

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/03/2018 às
12:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/3/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA VER JOAO BEZERRA CHAVES, 91 -**
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRAZIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETARIO DA MOTOCICLETA) (OUTRO)
LUCIANA NASCIMENTO LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): LUCIANA NASCIMENTO LIMA

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

LUCIANA NASCIMENTO LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mês:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: **NADA CONSTA** Data de Nascimento: **17/10/1888**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **889818887/SDS/PE (RG)**,
08719190430 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º GRAU COMPLETO** Profissão:
PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: **1º TRAVESSA MASSANGANA, 284 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: DESCONHECIDO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CONDADO, 01, RUA K - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

Boletim de Ocorrência

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

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

HONDA BIZ (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIT7163** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **883811248** Chassi:
8G2JA0430ERB62888
 Combustível: **GASOLINA**

BRAVVA X 58CC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**,
 que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **SEM REG** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **SEM REGIS** Chassi:
LB412PCF0DC000008
 Combustível: **GASOLINA**

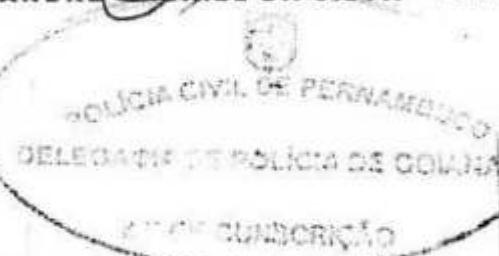
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO NO ENDEREÇO RETRO QUANDO, UM JOVEM EM UMA MOTO BIZ, COR, PRETA, PLACA KIT 7163, PASSOU EMPINANDO A MESMA, VINDO A COLIDIR COM A VITIMA QUE TEVE OS SEGUINTE DANOS: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESÕES NO SEU SUPERIORILHO ESQUERDO. SEM MAIS EGGLAREGINENTOS, ENGERILO PRESENTE REGISTRO

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

Luciana Nascimento Lima
LUCIANA NASCIMENTO LIMA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA** - Matrícula: **2738882**



COMPREV
 COMPREV / DELEGACIA S/A
 27 FEV 2019

PROTÓCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



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: _____ Nome completo da vítima: _____

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

| | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------------|------------|--------------|----------------|
| Nome completo: | | <i>Muciana Narcimento Lima</i> | | CPF: | 057.191.904.90 |
| Profissão: | Enderço: | | | Número: | 00 004 |
| Bairro: | Cidade: | Goiânia | | Complemento: | 1º andar |
| Rentro | PE | | | CEP: | 55 900-000 |
| E-mail: | E-mail: | | Tel.(DDD): | | 83 988812056 |
| einhua_giilo@hotmail.com | | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Banco do Brasil*

AGÊNCIA: CONTA:
(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 Lider 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 atende 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *José Peron, 14 de janeiro de 2019*

Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: *COMPREV*
 CPF: *COMPREV - COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A*

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Alcione Lima Reis
 Assinatura do Procurador (se houver)

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

(*') A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU RÔGO, 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.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SAMU
192**

**PREFEITURA DE
GOIANA**
Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE DE GOIANA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 - GOIANA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do Sr. (a):

Luciana Pasinmento Lima

RG: 633518507 SSP/SP, CPF: 057.191.904-90, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 5450613 do dia 14 de Marcos de 2018, onde o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU/GOIANA por volta das 11 horas e 15 minutos, vítima de acidente de moto, moto x moto. A Ocorrência aconteceu no (a) Dua, da aurora, onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Bela Minha (Goorwa) / Hospital da Pestaunapu.

Drª Ana Quênia do N. da Silva
Coordenadora de Enfermagem
COREN PE 24
SAMU Metropolitano de Goiana

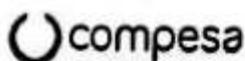
Coordenação de Enfermagem

Goiana, 28 de Marcos de 2018.

COMPREV
COMPREV VIDA E PROVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2
ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUN. - S/M - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

| | | |
|--|--|--------------------|
| DADOS DO CLIENTE | | MATRÍCULA: |
| SILVANA MARIA DO NASCIMENTO R MASSANGANA, N. 00204 - 1 ANDAR - CENTRO GOIANA PE 55900-000 | | 103936114 Out/2018 |
| INSCRIÇÃO: 062.490.455.0145.002 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 103936114 | | |

| SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL 1 | QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL | PÚBLICA |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| HIDROMETRO A12F162875 | DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2018 | DATA LEIT. ATUAL 06/11/2018 | | TIPO DE CONSUMO (A/E) MED ZMOV |

| | |
|---|------------|
| AQUA: LEIT ANT: 305 LEIT ATU: RECOR ANDRM HD RET LEIT FAT: 3.11 | CONSUMO: 6 |
|---|------------|

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

| 09/2018 | 06 | NÚMERO DE AMOSTRAS | | |
|---------|----|--------------------|----------------------------|---------------------|
| | | PARAMETROS | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANALISES REALIZ. |
| 08/2018 | 06 | TURBIDEZ | 44 | 45 |
| 07/2018 | 06 | COR APARENTE | 44 | 45 |
| 06/2018 | 06 | CLORO RESIDUAL | 44 | 45 |
| 05/2018 | 06 | COLIF. TOTAIS | 44 | 45 |
| 04/2018 | 06 | E.COL | 44 | 45 |

MÉDIA: 06 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|----------------------------------|---------|------------|
| ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 6,43 | 41,30 |
| MULTA P/ IMPONTEUALIDADE 09/2018 | | 8,82 |

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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 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 falsa 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.

Pelo exposto, eu Alexandra Geraldo Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Chuciana Nascimento Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057 391 904 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Incapacidade da Vítima Chuciana Nascimento Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087 391 904 / 98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 | Rua Agente Fiscal José G. Duarte | Número | 197 | Complemento | Sala 06 |
| Bairro | Changabeira II | Estado | PB | CEP | 58056-384 |
| Email | joao@pjpb.jus.br | Telefone comercial (DDD) | | Telefone celular (DDD) | |

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Geraldo Duarte
Assinatura do Declarante

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| Número do Registro: | Data e Hora de Atendimento: | Prontuário Local: | Prontrário Integrado: | Local de Entrada: |
| 2018/ET004526 | 14/03/2018 11:44 | 65225 | | Emergência Traumatológica |

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

| | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------|
| Paciente: | | Registro SUS: |
| 152940 LUCIANA NASCIMENTO LIMA | | 705004828996155 |
| Nascimento: 17/10/1985 | Idade: 31 | Sexo: Feminino |
| Estado Civil: Solteiro(a) | Profissão: PROFESSORA | Naturalidade: GOIANA-PE |
| Documento de Identidade: 533518507 | NAO DECLARADO Filiação: SILVANIA MARIA DO NASCIMENTO | Nacionalidade: BR |

| | |
|--|------------------------------|
| Endereço (Av., Rua, etc.): RUA TRAVESSA DA CURICA/99 | Complemento: |
| Bairro: CENTRO | Cidade: GOIANA |
| Acompanhante: MAE | UF: PE Telefone: 08199424 |
| Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO | - Act. Moto (Queda, Colisão) |

Acidente de Trabalho: Sim Não

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Procedência: VIA PÚBLICA | Meio de Transporte: SAMU |
|--------------------------|--------------------------|

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Neop. alergia

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse _____
 () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
 () Fadiga () Distúrbios visuais () Parästesia e/ouparestesia de parte do corpo
 () Dor. Local *Acidente moto*
 () Queixa urinária *TCE, forte supercilio e*
 () Sangramento. Loc: *míicles de desorientação*
 () Outras queixas: _____

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
 () Pediatria
 () Cirurgião
 () Ortopedista
 () Serviço Social
 () Maternidade
 () Enfermagem
 () Outros: _____

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo ()
 () Outros: _____
 () Uso de medicamentos: _____

Classificação

COMPREV

VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

Sinais Vitais

P.A. 100 x 70 mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Paciente vítima de queda de moto trazido pelo SAMU representado por lares contuso em superfície dura. Relata cefaléia, perda de memória recente e

Exame Físico: Peso: _____ kg Náusea Glasgow 15

HD: TCE leve

CD: Encaminho plav. neurologia

Código de Atendimento:

Hospital

CID 10:

071

CRM-PE 1623

0301060061

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| Número do Registro: | Data e Hora de Atendimento: | Prontuário Local: | Prontuário Integrado: | Local de Entrada: |
| 2018/ET004526 | 14/03/2018 11:44 | 65225 | | Emergência Traumatológica |

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

| | | | |
|--|---|-------------------------|--|
| Paciente: | Registro SUS: 152940 LUCIANA NASCIMENTO LIMA 705004828996155 | | |
| Nascimento: 17/10/1986 | Idade: 31 | Sexo: Feminino | Cor: Parda |
| Estado Civil: Solteiro(a) | Profissão: PROFESSORA | Naturalidade: GOIANA-PE | Nacionalidade: BR |
| Documento de Identidade: 533518507 | Filiação: NAO DECLARADO SILVANIA MARIA DO NASCIMENTO | | |
| Endereço (Av., Rua, etc.): RUA TRAVESSA DA CURICA/99 | | Complemento: | |
| Bairro: CENTRO | Cidade: GOIANA | UF: PE | Telefone: 081994241 |
| Acompanhante: MAE | - Act. Moto (Queda, Colisão) | | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO | | | |

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: SAMU

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Negó alergie

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
 () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
 () Fadiga () Distúrbios visuais () Parästesia e/o Paralisia de parte do corpo
 () Dor. Local *Acidente moto*
 () Queixa urinária *TCE, forte supercilio, e*
 () Sangramento. Loc. *míles de desorientação*
 () Outras queixas: _____

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
 () Pediatria
 Cirurgião
 () Ortopedista
 () Serviço Social
 () Maternidade
 () Enfermagem
 () Outros: _____

Antecedentes Mórbidos / Medicamentos

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolism () *AVOCIPREV*
 () Outros: _____
 () Uso de medicamentos: _____

Classificação:

1 JAN 2019

Sinais Vitais

P.A. *100* x *70* mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar _____ mg/dl

NOTA ESADÔ

EPIDEMIOLOGIA/HBC

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Paciente vítima de queda de moto traseira pelo SAMU. Representava pista lacrada dentro em superfície dura. Relata cefaléia, perda de memória recente e náusea. Glasgow 15

HD: TCE leve

CD: Encaminho plav. neurologia

Hipótese diagnóstica / conduta

Hospital

CID 10:

Código de Atendimento:

0301060061

Assistida
CRM-PE 1029
0-CRM-PE 1029



XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Senda 12:1

SAWU

Guia de Esclarecimento

HOSPITAL REGIONAL BÉLARMINO CORREIA DE GOIÁNA

REGIÃO : XII GERES

31a Sexo: R Cet: fili Estado Civil: _____ Profissão: _____

horas do dia 14 de 03 de 2018

horas do dia, de 23 de 2013

faute: situa de acordul cu măsurile

de 40 dezenas atuais: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40.

Leucosia *leucocephala* *concolor* *in* *superioris* *reticula* *nebulosa*

as *Ecology* or *Ecological Engineering* and *Ecological Modelling*.

CE Level:

Digitized by srujanika@gmail.com

— Name _____ Score _____ Date _____

nação a (o) _____ do dia _____ de _____ de 20____

— 338 —

LAURENT D'CESAR (GONDWANA)

mais horas de observação clínica por parte do médico e não houve indicação para internamento hospitalar.

AV NEURONIUSCIA + BYCO MAX -

中華人民共和國郵政總局印

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Paciente Luciana Nascimento Lima
Feminino

Após analises da Tomografia
computadorizada com encontro
do 113 molar fixo da face,
diagnosticamos fraturas de
parede anterior do seio maxilar
e zigoma "Pilar Laius direto". Resol-
tarmos que o tratamento será con-
servador

Caixa, 21-03-18

Prof. Antônio F. Caubi
Cirg. Buco Maxilo-Facial
CRB - 2096

autó

PROJETO-SORRIR LTDA.

Rua Dona Benvinda, 200 - Paissandú - CEP 50.070-220
Tel: 3421.3326 - 4141.6316 - 98726.1227 - 98758.0145
Em frente à Praça Chora Menino - Recife - PE

COMPREV
COMPRA VIDA - PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

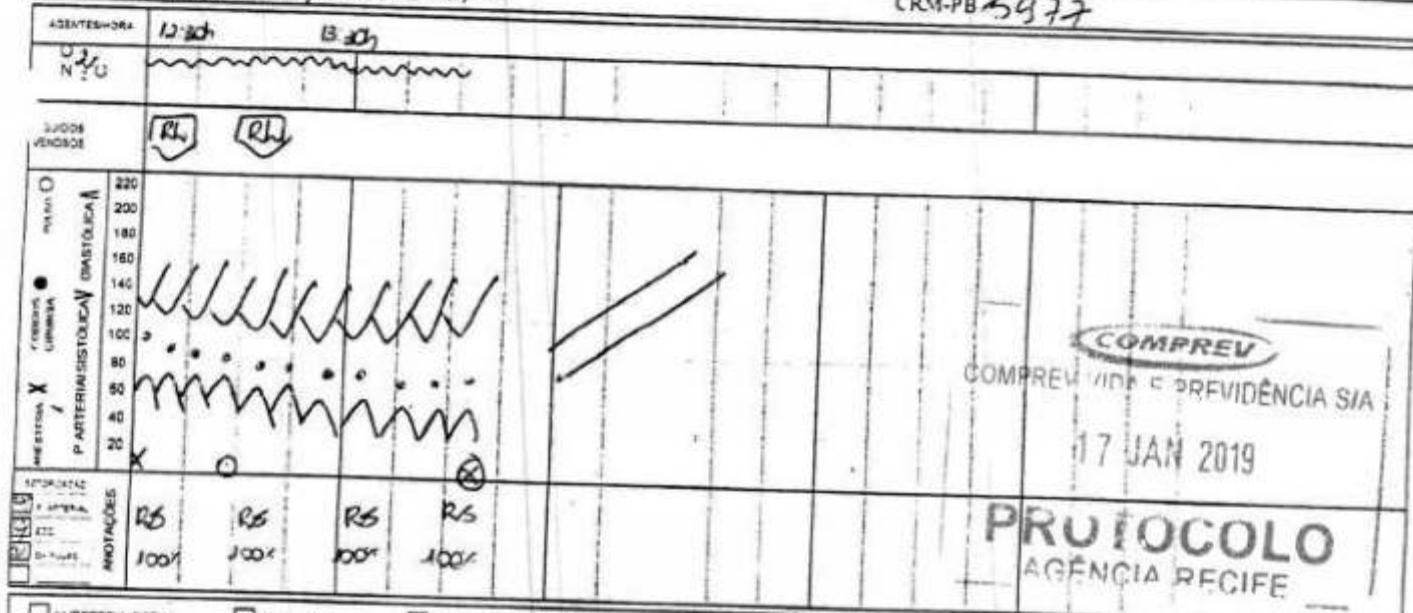


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/07/18

PRONTUÁRIO: 1091505

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------|-----------------|
| PACIENTE: | Juliana Moximento Lima | SEXO: F | COR: IDADE: 33 |
| PRESSÃO ARTERIAL PULSO | 100 | RESPIRAÇÃO | REGULAR |
| ESTADO GERAL | I (BOM) | TEMPERATURA | 36,8°C |
| EXAMES COMPLEMENTARES | LEVO | PESO | 65 kg |
| GRUPO SANGUÍNEO | | RISCO CIRÚRGICO | BAIXO |
| AP. RESPIRATÓRIO | NRG BHT, SIRA | AP. CIRCULATÓRIO | RCR 2T, BNF, SS |
| AP. DIGESTIVO | Tepem | ESTADO MENTAL | ESTE |
| PRE-ANESTÉSICO | | DROGAS EM USO | VPM |
| DOSE HORA | Sem | ESTADO FÍSICO (ASA) | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | fx de clavícula (D) | | |
| CIRURGIA REALIZADA | Tto cirúrgico de fx de clavícula (D) | | |
| CIRURGIÃO Dr. Kortney | AUXILIARES Dr. Roberto | | |
| INÍCIO DA ANESTESIA | 12:30h | TERMINO DA ANESTESIA | 14:00h |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE CH. | DURAÇÃO DA ANESTESIA 90min | |
| ANESTESISTA Dr. Camila, Dr. Alano (RA) CPF | | VALORES RS | CRM-PB 5977 |



ANESTESIA GERAL RAGUDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

ANESTHESIA: Sóla, gavetinha, peritonio, peritoneo e procedimento checados e revisados, sem clise prévia em USE, paciente

LIBERADO: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

| | | |
|----|------------------------------|----|
| 1 | Efazolin - 2g | 11 |
| 2 | Atropina - 0,03mg | 12 |
| 3 | Mandripi 0,25% EDP - 20mls | 13 |
| 4 | Ticarcilina 0,5% EDP - 20mls | 14 |
| 5 | Dipirona - 2g | 15 |
| 6 | Santametetra - 5mg | 16 |
| 7 | Etoperideno - 100mg | 17 |
| 8 | Urofildom - 5mg | 18 |
| 9 | fentanil - 100mcg | 19 |
| 10 | | 20 |

DESCRIÇÃO DO PACIENTE: Monitorizado, com DEX, antiséptico cervical, bloqueador periorbitário (D) com gelada 1000 + NEP 0,5% via intracarotídea, com infusão de (D) 400. Sem intercorrências.

RESUMO: SRA vest espnt tor c/ab PA = 110x76mm Hg FC = 90spm SpO₂ = 100%

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. INGL. ASCIR 026-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

| VISÃO GERAL DA CIRURGIA / DESCRIÇÃO DA CIRURGIA | |
|--|--|
| Posição e Preparo: | |
| ANTIBIOTICOPROFILAXIA | |
| paciente em ddh sob anestesia, POSICIONADO EM CADEIRA DE PRAIA. | |
| ASSEPSIA E ANTISSEPSIA | |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS | |
| Incisão: | |
| INCISÃO SOBRE A CLAVÍCULA ESQUERDA | |
| DIVULSAO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA | |
| Achados: | |
| FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA | |
| Conduita: | |
| REDUÇÃO ABERTA SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA. | |
| FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 6 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS. | |
| REVISÃO DE HEMOSTASIA | |
| LAVAGEM COM SF 0,9% | |
| SUTURA POR PLANOS | |
| CURATIVOS ESTEREIS | |
| RX DE CONTROLE | |
| Fechamento: | |
| Observação: | |

Médico/CRM:

Dr Francinélio Freitas
Médico
CRM-PB 9603
CNS 70340457807000

João Pessoa,

04/07/2018

COMPREV VIDA E PROVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Nota de Sala Cirúrgica



SOCIETATE

| | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE | Bucana Nascimento Lunes 1091505 | | |
| IDADE | 31 A | PRONTUÁRIO | ENFERMAGIA |
| CIRURGIA | LAC | | LEITO |
| CIRURGIÃO | Jr. Kasthenny + Dr. Roberto | | |
| ANESTESIA | raque | | |
| ANESTESISTA | Dra. Paula + Dr. Maria | | |
| INSTRUMENTADOR | Bruno | | |
| DATA | 9/11/18 | TENPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO | 12:30 CIRURGIA INÍCIO 14:00' |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) | ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3) ASA IV (ASA 4) ASA V (ASA 5) | | |
| GRAD DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA) | | | |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. FIOS QTD. |
| ALFENTANILA | | JELCO Nº18 | |
| BLPIVACAINA ISOBARICA | | JELCO Nº20 | |
| BLPIVACAINA PESADA | | JELCO Nº22 | |
| CETAMINA | | JELCO Nº24 | |
| DROPERIDOL | | KIT SIST DREN TORÁXICA Nº | |
| ETOMIDATO | SOLUÇÕES | QTD. LÂMINA BISTURI Nº11 | |
| FENOBARTITAL | ALCOOL ETÍLICO 70% | LÂMINA BISTURI Nº18 | |
| FENTANILA | PIPI DEGERMANTE | LÂMINA BISTURI Nº23 | |
| FELIZMAZENTIL | PIPI TINTURA | LÂMINA BISTURI Nº24 | |
| ISOFLURANO | PIPI TOPICO | LÂMINA DE DERMATOMO | |
| SEVOFLUPACAINA C/VASO | SABÃO ANTISEPTICO | LÂMINA DE ENXERTO | |
| SEVOFLUPACAINA S/VASO | MATERIAIS | QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR | |
| LIDOCAINA C/VASO | AGULHA 13X4,5 | LUVA ESTÉRIL Nº7,0 | |
| LIDOCAINA S/VASO | AGULHA 25X7 | LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | |
| MIDAZOLAN | AGULHA 25X8 | LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | |
| MORFINA | AGULHA 40X12 | LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | |
| NIMBUM | AGULHA PERIDURAL Nº16 | MASCARA CIRÚRGICA | |
| PANCURÔNIO | AGULHA PERIDURAL Nº17 | MESQUINAS GORAS | |
| PERDINA | AGULHA PERIDURAL Nº18 | PERFLATOR DE SORO | |
| PROPIOFOL | AGULHA RAQUI Nº250 | SCALP Nº19 | |
| RAMIFENTANILA | AGULHA RAQUI Nº26G | SCALP Nº21 | |
| ROCLURÔNIO | AGULHA RAQUI Nº27G | SERINGA 3ML | |
| SEVOFLURANO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | SERINGA 3ML | |
| SUXAMETÔNIO | ATADURA DE CREPOM | SERINGA 10ML | |
| TIOPENTAL | ATADURA GESSADA | SERINGA 20ML | |
| MEDICAÇÕES | QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | |
| ADRENALINA | CÂNLIA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | |
| ÁGUA DESTILADA | CATETER DE OXIGÉNIO | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | |
| ATROPINA | CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | |
| BENTRA | CATETER EPIDURAL Nº16 | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | |
| CEFAZOLINA | CATETER EPIDURAL Nº17 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | |
| DEXAMETASONA | CATETER EPIDURAL Nº18 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | |
| RONA SÓDICA | CERA PARA OSSO | SONDA NASOG. CURTA | |
| EDRINA | COLET. URINA FECHADO | SONDA NASOG. LONGA | |
| FL ROSEMIDA | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | SONDA URETRAL Nº | |
| GLICOSA 50% | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | TORNEIRINHA | |
| Glicerato de Cálcio | DRENO DE PENSO | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| HIDROCORTISONA | DRENO DE SUCÇÃO | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| LIDOCAINA GELEIA | ELETRODOS | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| ONDASENTRONA | EQUIPO MACROGOTAS | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | |
| PLASIL | EQUIPO TRANSF. SANGUE | TUBO SILICONE (LATEX) | |
| PROSTIGMINE | EQUIPO MICROGOTAS | | |
| PROTAMINA | ESPONJA DE PVPI | | |
| TENOIXCAN | ESPARADRAPO | | |
| | GAZES | | |
| | GAZES ALGODoadas | | |
| | GEL ELETROLÍTICO | | |
| | JELCO Nº14 | | |
| | JELCO Nº16 | | |
| <i>(A Bruno / Agulha 1.10c d)</i> | | | EQUIPAMENTOS |
| | | | 1 ASPIRADOR |
| | | | 1 BISTURI ELÉTRICO |
| | | | 1 CAPNÓGRAFO |
| | | | 1 CARDIOMONITOR |
| | | | 1 DESFIBRILADOR |
| | | | 1 FOCO AUXILIAR |
| | | | 1 FOCO CENTRAL |
| | | | 1 MICROSCOPIO |
| | | | 1 POLÍMETRO DE PULSO |
| | | | 1 PTA INVASIVA/NÃO INVASIVA |
| | | | 1 REINFURADOR ELÉTRICO |
| | | | 1 SERRA |
| <i>DR. Placa avulsa 18mm sujeitada pranam</i> | | | CIRCULANTE |
| <i>Mais 10cm.</i> | | | Lidocet da São Vicente |
| | | | Téc Enfermeiro |
| | | | COPE 101057 |
| | | | PERGASCR 023-2 |

 COMPROMISSO COM A PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 945805/2018.

NOME: LUCIANA NASCIMENTO LIMA.

Foi atendido às 13h56 do dia 14.03.2018

Diagnóstico provável: POLITMAYMA - TCE LEVE
FRATURA DE C2 D. DIREITO.
FRACASSO C2TO - CONTUSO EM
CURVACILHO DIREITO.
FRATURA FAZITADA EM 1/3 MÉDIO CLAVICULA
DIREITA
Tratamento realizado: (ACIDENTE DE TRABALHO)
SUporte Clínico + SUTURA DO
FRACASSO + IMOBILIZAÇÃO - J -
EM R. S. D.
TAC DE CAVAMIS TAC DE COLUNA CERVICAL
TAC DE FACE - RX TORAX - ORBIBO D.R.
EXAMES LABORATORIAIS + RELEVE.

Obs.

ALTA HOSPITALAR FOI 14-03-2018

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 03-03-2018

SES - Hospital da Restauração
Dr Gilberto Wanderley Lima **MÉDICO - CRM No. 1733**
Gerente Médico do SAMU
CRM- PE 123

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

Espes: 31815451/31815572

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

| | | | | | |
|--------------------|--|---------|---|---------------|------------------|
| NOME: | LUCIANA NASCIMENTO DE LIMA | | | BE/PRONTUÁRIO | 1091505 |
| IDADE: | 31 | SEXO: | <input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM | COR: | DATA: 04/07/2018 |
| CLÍNICA /SETOR: | ORTOPEDIA | | | EMP: | LR: |
| CIRURGIA: | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA | | | | |
| CIRURGIÃO: | DR KARTNEY SARMENTO | 1º ASS: | DR ROBERTO ALMEIDA | | |
| 2º ASS: | R1 FRANCINELIO | 3º ASS: | | | |
| INSTRUMENTADOR: | ANESTESISTA: | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: | HORÁRIO | INÍCIO: | TÉRMINO: | | |

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO | | CÓDIGO |
|------------------------------|--|--------|
| FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS | CÓDIGO |
|--|--------|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM | |
| PLACA DE RECONSTRUÇÃO 6 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICais | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

Biópsia de congelação: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

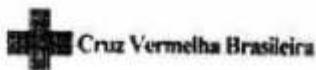
| | | |
|---|------------|-----------------------|
| X | ENFERMARIA | TERAPIA INTENSIVA |
| | RESIDÊNCIA | DURANTE ATO CIRÚRGICO |

MÉDICO/CRM: DATA: 04/07/2018

Dr Francinete
Médico
CRM PB 9693
CNS 70340457903/B00

COMPREV
COMPRESA E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

| | | | | | | |
|---|------------------------|--|--|------------------------|---|---|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | ANEXO II LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | 2 - CNES |
| | | | <i>HTOP</i> | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | | | | | 4 - CNES |
| Identificação do Paciente | | | 5 - NOME DO PACIENTE | | | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO |
| | | | <i>Loucana Nasumuto Brown</i> | | | <i>1091505</i> |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | | 9 - SEXO |
| | | | <i>/ /</i> | | | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | | | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO n.º DO TELEFONE |
| | | | | | | <i>800</i> |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) | | | | | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | 14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO | | | 15 - UF |
| | | | | | | |
| | | | | | | 16 - CEP |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | | | | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | | 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR | | | |
| | | | | | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | | 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA | | | |
| | | | | | | |
| 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | 23 - CID 10 PRINCIPAL | 24 - CID 10 SECUNDARIO | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| | | | | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | | | | | | |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | |
| | | | | | | |
| 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | | | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I | | | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 31-QTDE |
| | | | | | | |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 34-QTDE |
| | | | | | | |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | | 37-QTDE |
| | | | | | | |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | | | | |
| <i>meu Parqueiro certificou n.º 14 3,5/02 Parqueiro certificou n.º 16 01 Mulher A.100 (B.Brown) [01 placa necrofusca "Av. 159" com OG. Funer;</i> | | | | | | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | | |
| | | | | | | |
| 41 - DOCUMENTO | | 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | | | | <i>Médico CRM-PB 9603 70241AB79057800</i> | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR | | | 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO |
| | | | COMPREV VIDA COMPREV S/A | | | |
| 47 - DOCUMENTO | | 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | | | | <i>17 JAN 2019</i> | |



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

| | | | |
|--|-----------------------------|---|--------------------------------------|
| Paciente LUCIANA NASCIMENTO LIMA | BAE 1091505 | Data/Hora Entrada 29/06/2018 14:51:15 | Data Baixa |
| Data de nascimento 17/10/1986 | Idade 31a 8m 12d | Sexo Feminino | CNS 163822985710008 |
| Mãe SILVANA MAIA DO NASCIMENTO | | | |
| Endereço SITIO CRUZ DA ALMA, SN | Bairro ZONA RURAL | Município CAAPORA | UF PB |
| Acidente OUTROS | Motivo TRAUMA | Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA | Nº Cons. Regional 11134/PB |
| Data/Hora Classificação 29/06/2018 14:54:33 | | Data/Hora Prescrição 29/06/2018 16:29:50 | |

\\namnese

1#ORTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADA DO TRAUMINHA COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HA + 3MESES E MEIO.
COM TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA DIREITA
EVOLUINDO COM ATRADO DA CONSOLIDAÇÃO

CD:
INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

CUIDADOS

/V + CCGG

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA)

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

IONOGRAMA

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

CREATININA

17 JAN 2019

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

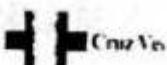
Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 112284

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/06/2018 14:52:59

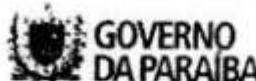
LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DANIEL CONSERVA ARRUDA

O + 40



Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1091505



| Identificação do paciente | | | | |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|--|
| ID 13020-48 | Nome LUCIANA NASCIMENTO LIMA | | | Sexo Feminino |
| Data de nascimento 17/10/1986 | Idade 31 anos 8 meses 12 dias | Estado civil | Religião | Prontuário |
| Mãe SILVA - NA MAIA DO NASCIMENTO | | | | Pai NAO DECLARADO |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 994246601 | DDD Fixo | Fone Fixo | |
| Tipo do documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 633516607 | Nº Crm 183822965710008 | | |
| Local de procedência CAAPORÃ | | | | Tipo MUNICÍPIO UF PB |
| Email | Naturalidade CAAPORÃ | CBO/R | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58326000 | Município de residência CAAPORÃ | UF PB | Logradouro SITIO CRUZ DA ALMA | |
| Número SN | Complemento | Bairro ZONA RURAL | | |
| Admissão | | | | |
| Data e Hora 29/06/2018 14:51:15 | Número da pulseira 1000006548369 | Convênio SUS | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | | | |
| Classificação de risco | | | | Origem do paciente RESIDENCIA |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento TRAUMA | Detalhe do acidente OUTROS | | |
| Indicadores e Transporte | | | | |
| Caso policial Não | Piano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não | |
| Meio de transporte CARRO PARTICULAR | | | | Quem transportou |
| Sinais Vitais | | | | |
| PA X mmHg | P脉 | | Temperatura | |
| Exames complementares | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Líquor [] ECG [] Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | |
| Diagnóstico | | | | CID |
| Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS | | | | Tempo 01min 44seg |

Imprimir

OMPREV
COMPANHIA DE PROTEÇÃO DA PROVÍNCIA S/A

1° JAN 2019

PROJUCOLO
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1091505 e PRONTUÁRIO nº 109622

PACIENTE: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 17.10.86

Data e Hora do Atendimento: 29.06.18

Horário: 14:51h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com fratura da clavícula direita há 3 meses, procedente do ORTOTRAUMA apresentando retardo da consolidação. Atendido pelo Dr. Raiff Leite Soares CRM 9350, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11134, Dr. Francenélio Freitas CRM 9603.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA CID 10 S 42 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro direito AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 04.07.18 com redução e fixação de fratura da clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR: 05.07.18 às 8:44h

Data da Emissão: 01.10.18

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA/NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DOC. EXPIRAÇÃO / ÓRG. EMISSOR / UF
533518507 SP/PEP

CM: 057.191.904-90 DATA NASCIMENTO: 17/10/1986

MUNICÍPIO: NADA CONSTA

SILVANA MARIA DO NASCIMENTO

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 06380560230 VALIDEZ: 21/11/2019 1ª HABILITAÇÃO: 01/06/2015

NOTA: EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

LUCIANA NASCIMENTO LIMA
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO: 06/06/2016

LOCAIS: JALÉS, SP

45031344069
SP740741101

DATA EMISSÃO: 06/06/2016

DETIBAN - SP (SAO PAULO)

1307782603

PLACA PLASTIFICAR

COMPREV
COMPRESA E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Disponível por Supervisão Teleinformática Ltda - www.supervisao.com.br

RECIBO

R\$ 4.000,00

Recebemos do Srº Paulo João da Silva Barros, portador do CPF: 026.091.664-19 e RG: 5376247 o valor de R\$ 4.000,00 em espécie no dia 17/11/2014. Referente à compra de uma moto na cor vermelha. Onde damos plena quitação. CHASSI: LB412PCF9DC000068 E MOTOR: 154FM12D000068.

Omenia Temudo

Bravax Motos

PAGO

Recife, 19 de Novembro de 2014.

COMPREV
COMPRA, VENDA E PREVIDÊNCIA SIA
17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Av. Mascarenhas de Moraes, 291 – Ibiribeira – Recife/PE
Cep: 51.150-03 – Tel.: (81) 3339.2351/3033.3145



SECRETARIA DAS CIDADES
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO DE PERNAMBUCO
Setor: 26-6 CIRETRAN IGARASSU-CIR26

Pág.: 1

Controle de Veículo
Extrato de Restrições

Placa: RENAVAM:
Proprietário:

20-06-2017 12:18
Chassi: LB412PCF9DC000068

ADMINISTRATIVAS
NADA CONSTA

BENEFICIO MINISTERIO DA FAZENDA
NADA CONSTA

FINANCEIRAS
NADA CONSTA

GERAIS
NADA CONSTA

JUDICIAIS
NADA CONSTA

RECOLHIMENTO
NADA CONSTA

RECURSO/SUSPENSIVO
NADA CONSTA

RESTRICAO A VENDA
NADA CONSTA

TRIBUTARIO
NADA CONSTA

Obs: INFORMAÇÕES DA BIN

IMPORTANTE: Posição atualizada até 20-06-2017 12:18

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCIANA NASCIMENTO LIMA, brasileira, solteira, Professora, inscrita no RG de n.º 533518507 e CPF de n.º 057.191.904-90, residente e domiciliado a Rua Massangana, n.º 204 -A, Centro, Goiana, Pernambuco, CEP: 55900-000 telefone (81)9 9424-5001

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06, Mangabeira II, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPRESA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

Goiana - Pernambuco 23 de Outubro de 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Luciana Nascimento Lima

OUTORGANTE

Vilma Joaquim de Lima
Escrivane

Serviço Notarial e Registrário do 5º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Mário Barata nº 100 | Piso 1º | 54010-071 - Recife/PE - e-mail: mariahelena@bol.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: LUCIANA NASCIMENTO LIMA
Data: 16.01.2019 | 10:00:34 | Em testemunho
da verdade. A tabelião Vilma Joaquim de Lima
Empl. R\$3,99, TSR R\$0,88, FERG R\$0,40 Total:4,27 Selos:
0077628.MMH09261801.02408 consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/seledigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020117/19

Número do Sinistro: 3190041490

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

CPF: 057.191.904-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: LUCIANA NASCIMENTO
LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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: 27/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

ALEXANDRA CESAR DUARTE

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020117/19

Vítima: LUCIANA NASCIMENTO LIMA

CPF: 057.191.904-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: LUCIANA NASCIMENTO
LIMA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIANA NASCIMENTO LIMA : 057.191.904-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA