



Número: **0804828-56.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIANA NASCIMENTO LIMA (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34705194	24/09/2020 11:51	Petição	Petição
34705197	24/09/2020 11:51	2695938_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
34705198	24/09/2020 11:51	2695938_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Pag. 00071/00072 - carta_03 - INVALIDEZ

00050036



Carta nº 13828797





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,

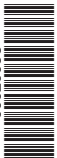
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13828798

Pag. 00115/00116 - carta_01 - INVALIDEZ

00020058





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.

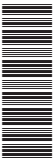
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00757/00758 - carta_16 - INVALIDEZ

00330379



Carta nº 14934941



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: Luciana Nascimento Lima CPF: 05719190490
Profissão: Professora Endereço: Rua Mossaragone Número: 05204 Complemento: 19 andar
Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900000
E-mail: cynthia_pilo@hotmail.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 45739 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Goiana, 14 de janeiro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciana Nascimento Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV S/A E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019
Assinatura

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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

COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECEB



2 de 2



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0134000856

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA VER JOAO BEZERRA CHAVES, 01 -
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)

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 (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: NADA CONSTA Data de Nascimento: 17/10/1988
Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 999918807/999/PE (RG),
99719198498 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão:
PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: 1ª TRAVESSA MASSANGANA, 204 - 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: MUNICÍPIO DE GOIANA, 01 - 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, 01, RUA K - CEP: 99999-999 - Bairro:
CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**



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: **EE3911248** Chassi:
9G2JA9439CR062888
Combustível: **GASOLINA**

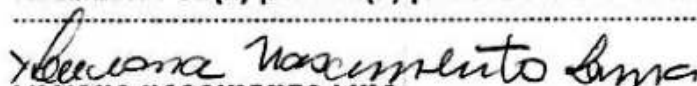
BRAYVAX 50CC (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **SEM REG (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **SEM REGIS** Chassi:
LE412P0F0D0000000
Combustível: **GASOLINA**

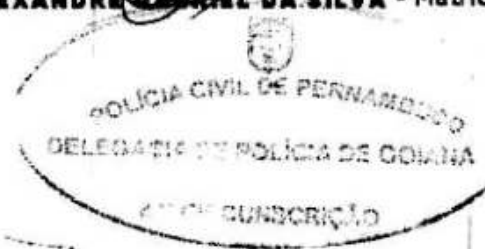
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTO NO ENDEREÇO RETRO QUANDO, UM JOVEN EM UMA MOTO BIZ, COR, PRETA, PLACA KIT 7163, PASSOU EMPINANDO A MESMA. VINDO A COLIDIR COM A VITIMA QUE TEVE OS SEQUINTEZ DANOS: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESOES NO SEU SUPERCILHO ESQUERDO. SEM MAIS ESCLARECIMENTOS, ENGERRO PRESENTE REGISTRO

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


LUCIANA NASCIMENTO LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ALEXANDRE GABRIEL DA SILVA** - Matrícula: **273882**



2 de 2



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0134000856**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA VER JOAO BEZERRA CHAVES, 01 -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
GENILDO DOS SANTOS (PROPRIETÁRIO DA MOTOCILETA) (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 no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: NADA CONSTA Data de Nascimento: 17/10/1986
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **833618697/909/PE (RG), 06719190490 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **PROFESSOR(A)**
Endereço Residencial: **1ª TRAVESSA MASSANGANA, 264 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDA (não presente no 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 MOTOCILETA) (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CONDADO, 01, RUA K - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia 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: **553911248** Chassi:
9C2JA04300R02500
Combustível: **GASOLINA**

BRAYVAX 50CC (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)**

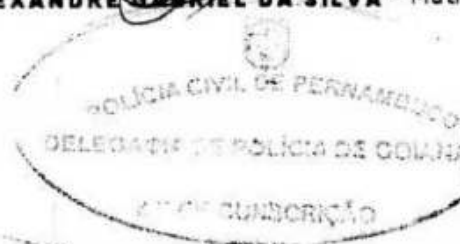
Placa: **SEM REG** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **SEM REGIS** Chassi:
LB412PCF9DC000000
Combustível: **GASOLINA**

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 SEQUINTE DANOS: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESOES NO SEU SUPEROLHO ESQUERDO. SEM MAIS ESCLARECIMENTOS, ENGERRO 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: **273882**

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: Luciana Nascimento Lima CPF: 05719190490
Profissão: Professora Endereço: Rua Mossaragone Número: 05204 Complemento: 19 andar
Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900000
E-mail: cynthia_pilo@hotmail.com Tel. (DDD): 83 988812056

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 0220 8 CONTA: 45739 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Goiana, 14 de janeiro de 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciana Nascimento Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV S/A E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019
Assinatura

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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 Nascimento Lima

RG: 633518501 SSP/SP, CPF: 057.191.904-90, constam em nossos arquivos a ocorrência de nº 5450613 do dia 14 de Março 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) Rua da Aurora, onde após os cuidados, a vítima foi removida para

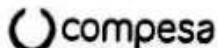
Hospital Belarmino Uzeda / Hospital da Pastoreira

Drª Ana Quênia do N. da Silva
Coordenadora de Enfermagem
COREN 196234
SAMU Metropolitan de Goiana

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 28 de Março de 2018.



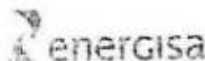


CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUN. - S/N - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 103936114 Out/2018	
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO			
R MASSANGANA, N. 00204 - 1 ANDAR - CENTRO GOIANA PE 55900-000			
INSCRIÇÃO: 062.490.455.0145.002 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 103936114			
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12F162875	DATA LEIT. ANTERIOR 05/10/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/11/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MED IMOV
ÁGUA: LEIT ANT: 305 CONSUMO: 6 LEIT ATU: RECOR ANOM MD NET LEIT FAT: 311			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.
09/2018	06	44	45
08/2018	06	44	45
07/2018	06	44	45
06/2018	06	44	45
05/2018	06	44	45
04/2018	06	44	45
MÉDIA: 06		Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		6 M3	41,30
CONSUMO DE ÁGUA			
Multa p/Impontualidade 09/2018			0,82

COMPREV
COMPREV S/A e PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Enviado 21/01/2019 Referência 2017/2019
Classificação: COMERCIAL + COMERCIAL MONOFÁSICO
Página 12 de 1-392-450 IP: 191.161.100.177

ENERGIA PARASA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
B-250 KINOS - C/da RANDEIA - JARDIM PISCICOLA - CEP 04071-080
CUP 025 OUT 143 1501-40 IND ENE 15 015 403-0

InteRFinanCia de Energia S.A. inscrita N° 124.751
C.A. por 21% Automático: 00014300027

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196. www.enfitec.com.br

Conta corrente n.º	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPH/CHP/RAH
Jan / 2019	21/01/2019	18/02/2019	010.942.224-68

UC (Unidade Consumidora): 6/1698358-7

[illegible]

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Lettura	Data	Lettura						
14/03/18	3518	21/03/18	3738				222		33
Demonstrativo									
CO - Destido		Constante	Termin	Var. Base	CO - Aq. Var.	CO - Base	CO - Fato	CO - Fato	CO - Fato
		Precedente	Termin	Var. Base	CO - Aq. Var.	CO - Base	CO - Fato	CO - Fato	CO - Fato
D651 - Consumo em kWh		222.000,00	229.510,00	184,17	184,17	25	46,94	184,17	1,39
		LANCAMENTOS E SERVICO							
D657 - CONTRB SERVICO PUBLICA				11,95	0,00	0	5,03	0,00	0,00

COI - Categorias Classificadas sem	TOTAL	195,72	194,17	46,04	164,17	1,89	8,29
------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

181	28/01/2019	R\$ 195.22
-----	------------	------------

Histórico de Consumo (00wh)

44	50	4	180	221	223	137	300	127	204	223	222
Jan16	Feb16	Mar16	Apr16	May16	Jun16	Jul16	Aug16	Sep16	Oct16	Nov16	Dec16

80 SEP 24 1990 NO 01406

85f1.69f1.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.f932

Indicadores de Qualidade	Nº de Voto
Um Taxa	
Dois Taxa	
Tres Taxa	
Quatro Taxa	
Cinco Taxa	
Six Taxa	
Seven Taxa	
Eight Taxa	
Nine Taxa	
Ten Taxa	
Eleven Taxa	
Twelve Taxa	
Thirteen Taxa	
Fourteen Taxa	
Fifteen Taxa	
Sixteen Taxa	
Seventeen Taxa	
Eighteen Taxa	
Nineteen Taxa	
Twenty Taxa	
Twenty One Taxa	
Twenty Two Taxa	
Twenty Three Taxa	
Twenty Four Taxa	
Twenty Five Taxa	
Twenty Six Taxa	
Twenty Seven Taxa	
Twenty Eight Taxa	
Twenty Nine Taxa	
Thirty Taxa	
Thirty One Taxa	
Thirty Two Taxa	
Thirty Three Taxa	
Thirty Four Taxa	
Thirty Five Taxa	
Thirty Six Taxa	
Thirty Seven Taxa	
Thirty Eight Taxa	
Thirty Nine Taxa	
Forty Taxa	
Forty One Taxa	
Forty Two Taxa	
Forty Three Taxa	
Forty Four Taxa	
Forty Five Taxa	
Forty Six Taxa	
Forty Seven Taxa	
Forty Eight Taxa	
Forty Nine Taxa	
Fifty Taxa	
Fifty One Taxa	
Fifty Two Taxa	
Fifty Three Taxa	
Fifty Four Taxa	
Fifty Five Taxa	
Fifty Six Taxa	
Fifty Seven Taxa	
Fifty Eight Taxa	
Fifty Nine Taxa	
Sixty Taxa	
Sixty One Taxa	
Sixty Two Taxa	
Sixty Three Taxa	
Sixty Four Taxa	
Sixty Five Taxa	
Sixty Six Taxa	
Sixty Seven Taxa	
Sixty Eight Taxa	
Sixty Nine Taxa	
Seventy Taxa	
Seventy One Taxa	
Seventy Two Taxa	
Seventy Three Taxa	
Seventy Four Taxa	
Seventy Five Taxa	
Seventy Six Taxa	
Seventy Seven Taxa	
Seventy Eight Taxa	
Seventy Nine Taxa	
Eighty Taxa	
Eighty One Taxa	
Eighty Two Taxa	
Eighty Three Taxa	
Eighty Four Taxa	
Eighty Five Taxa	
Eighty Six Taxa	
Eighty Seven Taxa	
Eighty Eight Taxa	
Eighty Nine Taxa	
Ninety Taxa	
Ninety One Taxa	
Ninety Two Taxa	
Ninety Three Taxa	
Ninety Four Taxa	
Ninety Five Taxa	
Ninety Six Taxa	
Ninety Seven Taxa	
Ninety Eight Taxa	
Ninety Nine Taxa	
Hundred Taxa	

CONTRATADA	5.19	0.00		
CONTRATADA	10.38			
CONTRATADA	20.77			
CONTRATADA	2.22	0.00		
CONTRATADA	8.47			
CONTRATADA	12.95			
CONTRATADA	2.04	0.00		
CONTRATADA	12.22			

Distribuição	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	45,34	22,32
Complexo de Energia	64,34	32,31
Serviço de Transmissão	7,01	3,55
Serviço de Geração	1,01	0,51
Imposto de Renda e Contribuição	60,34	30,31
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	188,05	100,00

Manuscript received 11/20/04; Accepted 1/10/05

ATENÇÃO

Faturas em atraso

• **Letura continuada**

PARCELA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------	------------	---------------

12-5-202-460
 12-5-202-460

28/01/2019

R\$ 195.22

83890000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



COMPREV
27 FEV 2019
PROTOCOLO
CÊNCIA 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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Geron Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luciana Nascimento Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.191.904/90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Luciana Nascimento Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.191.904/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Agente Fiscal José B. Duarte		Número	187	Complemento	Gala 06
Bairro	Chapimbeira II	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP
			Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
					91056-384	

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Geron Duarte
Assinatura do Declarante

DL-DRL-001 V001/2017





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

HBC

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

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 152940 LUCIANA NASCIMENTO LIMA Registro SUS: 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: 08199424
Acompanhante: MAE
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: SAMU

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

sem alergia

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia e/ou Parestesia de parte do corpo
() Dor Local *Acidente moto*
() Queixa urinária *TCE, corte superficial e*
() Sangramento. Loc. *unhas de desorientação*
() Outras queixas:

Encaminhamentos

- () Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgia
() Ortopedia
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

Classificação:

COMPREV
17 JAN 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

Sinais Vitais

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

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLÓGICA/HBC

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

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

Paciente vítima de queda de moto trazida pelo SAMU. Apresentando ferida lacerada contusa em superfície dorsal. Relata cefaleia, perda de memória recente e náusea.

Exame Físico: Peso: kg *nausea Glasgow 15*

Hipótese diagnóstica / conduta

*HD: TCE leve
CD: Encaminhado p/ av. neurológica*

Código de Atendimento:

CID 10:

0301060061





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

HBC

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

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 152940 LUCIANA NASCIMENTO LIMA Registro SUS: 705004828996155
Nascimento: 17/10/1986 Idade: 31 Sexo: Feminino Cor: Parda
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: PROFESSORA Naturalidade: GOIANÁ-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
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: SAMU

AValiação da Enfermagem / Acolhimento

Nega alergia

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local *Acidente moto*
() Queixa urinária *TCE, corte superficial e*
() Sangramento, Loc: *muco de desorientação*
() Outras queixas:

Encaminhamentos

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

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

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

Classificação

Sinais Vitais

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

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar _____ mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Ass. Enfermagem

AValiação Médica

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

Paciente vítima de queda de moto trazida pelo SAMU. Apresentando ferida lacerada contusa em superfície dorsal. Relata cefaleia, perda de memória recente e náusea.

Exame Físico: Peso: _____ kg *náusea Glasgow 15*

Hipótese diagnóstica / conduta

*HD: TCE leve
CD: Encaminhado p/ av. neurológica*

Código de Atendimento:

CID 10:

*Hospital
senha: 0301060061*





XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Saida 12:1

SAMU

Guia de Esclarecimento

de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA REGIÃO: XII GERES

31a Mariana Nascimento Lima

Sexo: F Cor: Parda Estado Civil: Profissão:

Idade: 14 horas do dia 03 de 2018

Principais: laudo, vítima de acidente de moto, apresentando

do do dente atual: fractura lateral esquerda em maxilar, fratura pedicula

de Síntese: de maxilar direita, maxilar + maxilar

de Diagnóstico: TCE leve

do: Hospital Belarmino Correia do dia 14 de 03 de 20 18

diagnóstico: 5383267

diagnóstico: AV NEUROLOGIA + BUCA MAXILO.

diagnóstico: AV NEUROLOGIA + BUCA MAXILO.



Projeto Sorrir

Excelência em Ortodontia

Paciente *Luciana Nascimento Lima*
Lando

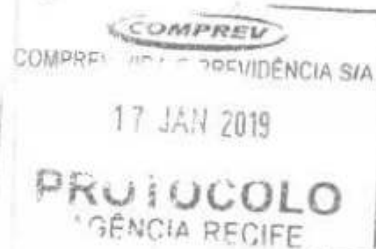
Após análises da Tomografia
computadorizada convencional
do 113 médio fixo da face,
diagnosticamos fraturas da
parede anterior do seio maxilar
e zigoma "Pila lacrimo direta". Resol-
tamos que o tratamento será con-
servador.

Osiana, 21-03-18

Prof. Antônio F. Caubi
Cirurg. Buco Maxilo-Facial
CRO-2096

PROJETO SORRIR LTDA.

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



MEETSKI

FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Luciana Maximino Lima DATA: 04/07/18 PRONTUÁRIO: 1091505
 SEXO: F COR: IDADE: 33
 PRESSÃO ARTERIAL 100 PULSO 100 RESPIRAÇÃO norma TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO
 ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAL () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (x) BOM () REGULAR () MAL () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES NA
 AP. RESPIRATÓRIO MC BNT, SIRA AP. CIRCULATÓRIO RCR 2T, BNT, SS
 AP. DIGESTIVO Tejido ESTADO MENTAL EOTE DROGAS EM USO UPM
 PRÉ-ANESTÉSICO Sem ESTADO FÍSICO (ASA) I
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fx de clavícula (D)
 CIRURGIA REALIZADA Tto cirúrgico de fx de clavícula (D)
 CIRURGIÃO Dr. Kornyay AUXILIARES Dr. Roberto
 INÍCIO DA ANESTESIA 12:30h TÉRMINO DA ANESTESIA 14:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA 90min
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$
 ANESTESISTA Dr. Camila, Dr. Flávia (R2) CPF CRM-PB 5977

ASSENTES-HORA: 12:30h 13:30h
 N.º 2
 SUDOES VENOSOS RL RL

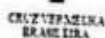


ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS ☐
 TÉCNICA Sala, gaseleto, peritônio, paciente e procedimento clareados e reusados, venoclise prévia em USE, paciente
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Pefazolona-2g	11
2	Desametasolona-10mg	12
3	Midazolam 0.25% 500-20mg	13
4	Lidocaína 0.5% 500-20mg	14
5	Diprôm-2g	15
6	Midamfetam-5mg	16
7	Etoprofen-100mg	17
8	Lidocaina-5mg	18
9	Fentanil-100mg	19
10		20

RESERVADEIROS IMPORTANTES
Monitorização em DEX, antissepsia cervical, bloqueio de plexo braquial (D) com gaseleto + ACP + ACP + ACP
*via intravenosa: com infusão de (D) e (D) - sem intercorrências
o SIRA ved espint for amb PA=110x70/60 FC=90 bpm SpO2=100%
 ASSINATURA DO ANESTESISTA
 F. INDIAS COR 026-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSML

Médico/CRM:

Dr Francinello Freitas
Médico
CRM-PR 9603
CNS 7034045/9067800

João Pessoa,

04/07/2018





NOME DO PACIENTE: **Luciana Nascimento Lima** IDADE: **31 A** PRONTUÁRIO: **1091505**
 CIRURGIÃO: **Dr. Karthiny + Dr. Roberto** ANESTESIA: **raqui**
 ANESTESISTA: **Dr. Paula + Dr. Alana** INSTRUMENTADOR: **Bleionina**
 DATA: **4/11/18** TEMPO CIRÚRGICO: **12:30** ANESTESIA INÍCIO: **12:30** CIRURGIA INÍCIO: **14:00**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):
 ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4
 GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA CONTAMINADA INFECTADA POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANILA JELCO Nº18
 BUPIVACAÍNA ISOBARICA JELCO Nº20
 BUPIVACAÍNA PESADA JELCO Nº22
 CETAMINA JELCO Nº24
 DROPERIDOL KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº
 ETOMIDATO LÂMINA BISTURI Nº11
 FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% QTD. LÂMINA BISTURI Nº12
 FENTANILA PVPi DEGERMIANTE LÂMINA BISTURI Nº23
 FLUMAZENIL PVPi TINTURA LÂMINA BISTURI Nº24
 ISOFLURANO LÂMINA DE DERMATOMO
 ROPIVACAÍNA C/ VASO SABAÕ ANTISEPTICO LÂMINA DE ENXERTO
 BUPIVACAÍNA S/ VASO MATERIAIS QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X4.3 LUVA ESTÉRIL Nº7.0
 LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 LUVA ESTÉRIL Nº7.5
 MIDAZOLAM AGULHA 25X08 LUVA ESTÉRIL Nº8.0
 MORFINA AGULHA 40X12 LUVA ESTÉRIL Nº8.5
 NIMBILUM AGULHA PERIDURAL Nº16 MASCARA CIRÚRGICA
 PANCLORÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 METRINAS GORRÃO
 PENTONA AGULHA PERIDURAL Nº18 PERFLURADOR DE SORO
 PROPORFOL AGULHA RAQUI Nº250 SCALP Nº19
 RAMIFENTANILA AGULHA RAQUI Nº260 SCALP Nº21
 ROLURÔNIO AGULHA RAQUI Nº270 SERINGA 3ML
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 3ML
 SUXAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM 30 11 SERINGA 10ML
 TIOPENTAL ATADURA GESSADA SERINGA 20ML
 MEDICAMENTOS QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8
 ADRENALINA CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
 AGUA DESTILADA CATETER DE OXIGÊNIO SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
 ATROPINA CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
 BENTRA CATETER EPIDURAL Nº16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
 CEFALOXILINA CATETER EPIDURAL Nº17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12
 DEXAMETASONA CATETER EPIDURAL Nº18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
 RONA SODICA CERA PARA OSO SONDA NASOG. CURTA
 EDRINA COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA
 FLORESEMI COMPRESSIONES CIRÚRGICAS SONDA URETRAL Nº
 GLICOSE 50% COMPRESSIONES CIRÚRGICAS TORNEIRINHA
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUCCÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
 LIDOCAÍNA GELÉIA ELETRODOS TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
 ONDASENTRONA EQUIPO MACROGOTAS TUBO SILICONE (LATEX)
 PLASIL EQUIPO TRANSP. SANGUE
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS
 PROTAMINA ESPONJA DE PVPi FIOS QTD. EQUIPAMENTOS
 TENOXICAN ESPARADRAPO FIO ALGODÃO S/A Nº 1) ASPIRADOR
 GAZES FIO ALGODÃO S/A Nº 2) BISTURI ELÉTRICO
 GAZES ALGODOADAS FIO ALGODÃO C/A Nº 3) CAPNÓGRAFO
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO C/A Nº 4) CARDIOMONITOR
 JELCO Nº14 FIO ALGODÃO C/A Nº 5) DESFIBRILADOR
 JELCO Nº16 FIO ALGODÃO C/A Nº 6) FOCO AUXILIAR
 13 Anam / Agulha 1.00 cl 7) FOCO CENTRAL
 8) MICROSCOPIO
 9) OXÍMETRO DE PULSO
 10) TPA INVASIVA / NÃO INVASIVA
 11) PERFURADOR ELÉTRICO
 12) SERRA
 13) CIRCULANTE
 14) LENTE DA SERRA
 15) TÊXTO ENFERMAGEM
 16) COTAGEM 101052
 17) PROGLASTIR 021-3





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: POLITRAUMA - TCE LEVE
FRATURA DE C20. DIREITO.
FRAGMENTO CITO-CONTUSO EM
SUPERFÍCIE DIREITA.
FRATURA FRACTURA EM 1/3 MÉDIO CLAVÍCULA
DIREITA

Tratamento realizado: (ACIDENTE DE TRÂNSITO)
SURTE: CLÍNICO + QUIRÚRGICO
FRAGMENTO + IMOBILIZAÇÃO -
EM M.B.D.
TAC DE CERVICIA, TAC DE COLUNA CERVICAL
TAC DE FACE - TETRA - DUBIO DM.
EXAMES LABORATORIAIS + REXE.

Obs. ALTA HOSPITALAR EM 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 03-08-2018

SÉS - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAMES
CRM 4475

MÉDICO - CRM No. 4475

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSML

NOME: **LUCIANA NASCIMENTO DE LIMA** BE/PRONTUÁRIO **1091505**
IDADE: **31** SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: **04/07/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO 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	CD
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO 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:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA
Dr Francinelo
Médico
CRM FB 2693
CNS 703404579057600
MÉDICO/CRM: DATA: **04/07/2018**



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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: <u>HTOP</u>		2 - CNES: <u> </u>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>HTOP</u>		4 - CNES: <u> </u>	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Luciana Nascimento Louca</u>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>1091503</u>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u> </u>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <u> </u>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u> </u>		9 - SEXO: <u>1</u> (Masc.) <u>3</u> (Fem.)	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u> </u>		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: <u> </u>	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u> </u>		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <u> </u>	
13 - UF: <u> </u>		15 - CEP: <u> </u>	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): <u> </u>			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: <u> </u>		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: <u> </u>	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: <u> </u>		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: <u> </u>	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u> </u>		23 - CID 10 PRINCIPAL: <u> </u>	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u> </u>		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <u> </u>	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u> </u>		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u> </u>	
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: <u> </u>		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
31 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>		32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>		34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
35 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>	
37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u> </u>			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: <u>meio parafuso corticam n: 14</u> <u>3,5" 02 parafusos corticam n: 16</u> <u>01 placa neurostímulo "Avulsu" com</u> <u>06 Funer;</u> <u>01 aparelho A-100 (B. Braun)</u>			
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u> </u>		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u> </u>	
41 - DOCUMENTO: <u> </u>		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u> </u>	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u> </u>		44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u> </u>	
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u> </u>		46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: <u> </u>	
47 - DOCUMENTO: <u> </u>		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u> </u>	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u> </u>		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u> </u>	

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFF





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
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 163822965710008
Mãe SILVANA MAIA DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 994245001
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	

Anamnese

L#ORTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADA DO TRAUMINHA COM HISTORIA 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

IV + CCGG

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: TIPOIA)

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

IONOGRAMA

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

COAGULOGRAMA COMPLETO

UREIA - SORO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

COMPREV

COMPREV LIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM-12234

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

LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DANIEL CONSERVA ARRUDA

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=324987&pesquisa=S&pe...>

1/1



Orto



asilteira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

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 6 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe SILVA - NA MAIA DO NASCIMENTO	Pai NAO DECLARADO			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDC Móvel 83	Fone Móvel 994245001	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo do documento R-3 (IDENTIDADE)	Número documento 533516607	Nº Cns 183822965710008			
Local de procedência CAAPORA	Tipo MUNICIPIO	UF PB			
Email	Naturalidade CAAPORA	CBOR			
Endereço					
CEP 58326000	Município de residência CAAPORA	UF PB	Logradouro SÍTIO 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	Clinica				
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS					
Tempo 01min 44seg					

Imprimir

COMP. 1
EMPRESA DE PREVIDÊNCIA SIA
1º JAN 2019
PROTOCOLO
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

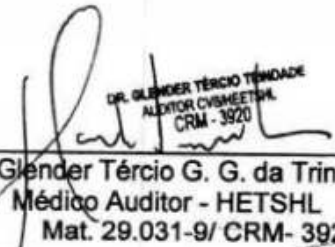
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com fratura da clavícula direita há 3 meses, procedente do ORTOTRAUMA apresentando retardo da consolidação. Atendido pelo Dr. Raiff Leite Soares CRM 9350, Dr. Daniel Conserva Arruda CRM 11134, Dr. Francenélcio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

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LUCIANA NASCIMENTO LIMA

DOC. IDENTIDADE / CNIL. EMISSOR / UF
533518507 SSP/SP

CPF
057.191.904-90

DATA NASCIMENTO
17/10/1986

FILIAÇÃO
NADA CONSTA

SILVANA MARIA DO NASCI
MENTO

PROFISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

NP REGISTRO
06380560230

VALIDADE
21/11/2019

1ª HABILITAÇÃO
01/06/2015

Observações
A
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

Luciana Nascimento Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JALÉS, SP

DATA EMISSÃO
06/06/2016

45031344069
SP740741101

DETRAN SP (SAO PAULO)

VÁLIDA EM TODAS
as TERRITÓRIOS NACIONAIS

1307782603

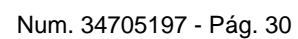
PROGRESSO PLASTIFICAR

1307782603

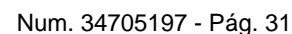
COMPREV
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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



Para mais informações, consulte o Superintendente de Informática Ltda. - www.superintenda.com.br



RECIBO

R\$ 4.000,00

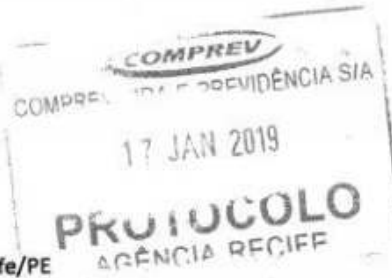
Recebemos do Srº Paulo João da Silva Barros, portador do CPF: 026.091.664-19 e RG: 5376247 o valor de R\$ 4.000,00 em espécie no dia 17/11/2014. Referente à compra de uma moto na cor vermelha. Onde damos plena quitação. CHASSI: LB412PCF9DC000068 E MOTOR: 154FM12D000068.

Olsonia Tenuelo

Bravax Motos

PAGO

Recife, 19 de Novembro de 2014.



Av. Mascarenhas de Moraes, 291 – Imbiribeira – 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

Detran-PE Controle de Veículo
Extrato de Restrições

20-06-2017 12:18

Placa: RENAVAL: Chassi: **LB412PCF9DC000068**
Proprietário:

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



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.

Goiana - Pernambuco 23 de Outubro de 2018



Luciana Nascimento Lima

OUTORGANTE



Vilma Joaquim de Lima
Escritor



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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08048285620198152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIANA NASCIMENTO LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 22 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A



SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092411510841400000033178916>
Número do documento: 20092411510841400000033178916

Num. 34705198 - Pág. 2