



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 GRILLO 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241151072220000033178912>
Número do documento: 2009241151072220000033178912

Num. 34705194 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241151079500000033178915>
Número do documento: 2009241151079500000033178915

Num. 34705197 - Pág. 1



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.

Pag. 00115/00116 - carta 01 - INVALIDEZ

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13828798



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241151079500000033178915>
Número do documento: 2009241151079500000033178915

Num. 34705107 Pág. 2



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

Carta n° 14934941



pag. 00757/00758 - carta 16 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092411510795000000033178915>
Número do documento: 2009241151079500000033178915

Núm. 34705197 - Pág. 3



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 Narcimento Lima** CPF: **05719190490**
 Profissão: **Professora** Endereço: **Rua Mossorójone** Número: **004** Complemento: **1º andar**
 Bairro: **Centro** Cidade: **Goiânia** Estado: **PE** CEP: **55 900-000**
 E-mail: **cinthia_gmlo@hotmail.com** Tel.(DDD): **63 98812056**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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)
 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** CONTA: **45739**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0220** CONTA: **45739**
 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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 nascitro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa, 14 de janeiro de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: **COMPREV**
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: **17 JAN 2019**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU LOGO, 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
12 JAN 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



2 de 2



16/03/2018 12:04

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA GOIANA
44ª CIRCUNSCRIÇÃO

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 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)



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 Mão:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: MABA CONSTA Data de Nascimento: 17/10/1988
Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 666618667/000/PE (RG),
00718186498 (GPF) 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 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: 55555-555 - 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: **SE381124B** Chassi:
8G2JA8438CRB6288
 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:
LB412PGFSDG000000
 Combustível: **GASOLINA**

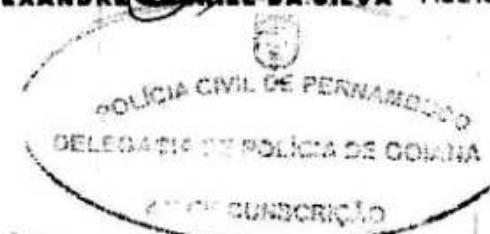
Complemento / Observação

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 SEGUINTE DANOS: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESÕES NO SEU SUPERCILHO ESQUERDO. SEM MAIS ESGLAREAMENTOS, ENGERRO PRESENTE REGISTRO

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

Luciana Nascimento Lima
LUCIANA NASCIMENTO LIMA
(VITIMA)

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



2 of 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC

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, 01 -**
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
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)

COMPREV

27 EEW 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Objeto(s) envolvido(s) na referência:

VEÍCULO: (usado na ocorrência) - que estava em posse do(a)

VEHICLE: (Leave no gaps)

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

VEÍCULO: (usado na geração da sua
SIAF) LUCIANA NASCIMENTO LIMA

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

LUCIANA NASCIMENTO LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mas:
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO Pai: **NADA CONSTA** Data de Nascimento: **17/10/1888**
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **833618887/SDS/PE (RG),**
08719198499 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão:
PROFESSOR(A)
Endereço Residencial: **1a TRAVESSA MASSANGANA, 264 - 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: 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: 55088-000 - 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: **883911248** Chassi:
9G2JA04306RE62888
 Combustível: **GASOLINA**

BRAVVAK 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:
LB412PCFSDC088888
 Combustível: **GASOLINA**

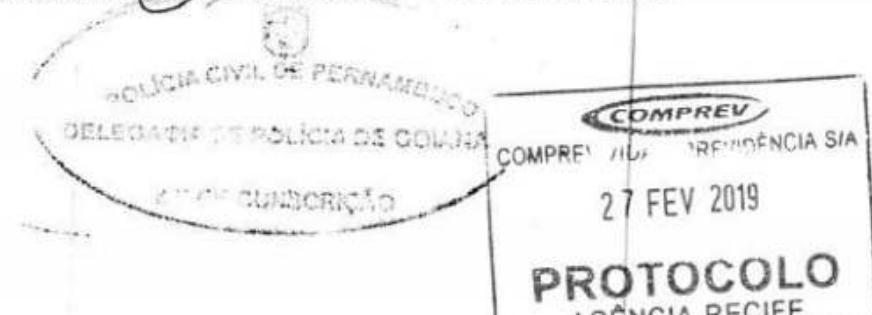
Complemento / Observação

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 DANO: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, FRATURA DO OSSO FACIAL E LESÕES NO OJO SUPERIOR E ESQUERDO. SEM MAIS ESGLAREGIMENTOS, ENFERMO 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**





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 Narcimento Lima** CPF: **05719190490**
 Profissão: **Professora** Endereço: **Rua Mossorójone** Número: **004** Complemento: **1º andar**
 Bairro: **Centro** Cidade: **Goiânia** Estado: **PE** CEP: **55 900-000**
 E-mail: **cinthia_gmlo@hotmail.com** Tel.(DDD): **63 98812056**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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)
 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** CONTA: **45739**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0220** CONTA: **45739**
 (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.

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.

MORTE

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 nascido (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa, 14 de janeiro de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____
 17 JAN 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

RG: 633.518.507 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 mirante Uzurruia / Hospital da restauração.

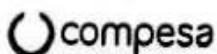
Drª Ana Querecua do N. da Silveira
Coordenadora de Enfermagem
COREN-PE 00234
SAMU Metropolitano de Goiana

Coordenação de Enfermagem

Goiana, 28 de Marcos de 2018.

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





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

DADOS DO CLIENTE
SILVANA MARIA DO NASCIMENTO MATRÍCULA: 103936114 Out/2018
R MASSANGANA, N. 00204 - 1 ANDAR - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.498.455.0145.002 GRUPO: 11 DEB.AUTONÁTICO: 103936114

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

ÁGUA:
LEIT ANT: 305 CONSUMO: 6
LEIT ATU: RECOR ANDIM HD RET
LEIT FAT: 311

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

| PARAMETROS | NÚMERO DÉ AMOSTRAS | | |
|----------------|--------------------|-------|----------|
| | EXIG. | PORT. | ANALISES |
| TURBIDEZ | 44 | 45 | 45 |
| COR APARENTE | 44 | 45 | 45 |
| CLORO RESIDUAL | 44 | 45 | 44 |
| COLIF. TOTAIS | 44 | 45 | 44 |
| E.CILI | 44 | 45 | 45 |

MÉDIA: 06 Qualidade de Água: www.compeso.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) | 6,93 | 41,30 |
| CONSUMO DE ÁGUA | | |
| MULTA P/IMPONTEUALIDADE 09/2018 | | 0,82 |



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
AV. ALDENTE JOSÉ COSTA QUARTETE, 167 SALA 05 - MANGABEIRA
JOAOPESSOA/PB CEP: 58055004 (AC 1)

energisa

PARCERIA PARA A DESENVOLVIMENTO DA ENERGIA
B-251-X05-COMUNICADO-007-PASSARO-CEP58071-000
CNPJ 00011500140-10 IE 19.015.420-0
Nº de Faturamento: 00011500140-10
CIE para BIR: Autônomo: 00011500140-10

Assinatura de Clientes Energisa: 080000830096 - APENAS PAGAMENTO DE CONTAS

Linha Direta: 080000830096 - Apresentação: Data Prevista da Conta: CPS/CNPJ/BAN

Jan / 2019 21/01/2019 18/02/2019 010.842.224-65

UC (Unidade Consumidora): 6/1688358-7

Centro de Distribuição:

Quer reduzir a conta de luz? Faça suas concorrentes. Não é preciso a porta da garagem aberta sem necessidade. Use o ecrã o máximo de roupas possuir de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair das ambientes.

RG

Consumo Anterior (m³) Atual Constante Consumo Dívida

Dias Letras Dias Letras I 202 33

Demonstrativo:

CCJ Detalhe Quantidade Tarifa Vlr Bruto Vlr Imposto Boleto Prazo Corte

Tributos Fazenda Pública ICMS

0601 Consumo mensal 222.000 0.029610 194,17 194,17 26 46,04 194,17 194,17 9,20

0607 CONTRIB SERV CIMPÚBLICA LANÇAMENTOS E SERVIÇOS 11,66 120 0 0,03 0,02 0,01 0,05

CCJ Descrição Classificação item TOTAL 194,22 194,17 46,04 194,17 194,17 9,20

Média últimos meses (kWh): VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

181 28/01/2019 R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh):

44 | 20 | 4 | 192 | 222 | 239 | 197 | 202 | 192 | 224 | 222 | 222
Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho Julho Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro

RESERVADO AO FISCO:

85f1.89f1.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.f932

INSCRIÇÃO NA QUALIFICAÇÃO:

CLASSIFICAÇÃO: LIMITE DE TRAFEGO (M)

ANEXO: LIMITE DE TRAFEGO (M)

| | | |
|---------------|-------|-----------------|
| DC-MENSAL | 5,19 | 0,00 |
| DC-TRIMESTRAL | 20,75 | NOMINAL |
| DC-ANUAL | 25,75 | |
| FC-MENSAL | 3,22 | 0,00 |
| FC-TRIMESTRAL | 8,47 | CONTRIBUICAO |
| FC-ANUAL | 12,95 | LIMITE INFERIOR |
| CRC | 2,94 | 0,00 |
| SCR | 12,72 | LIMITE SUPERIOR |

| Descrição | Vlcr mês | % |
|-------------------------------|----------|--------|
| Desconto de Prazo Energisa PB | 45,25 | 55,59 |
| Imposto de Importação | 0,54 | 0,71 |
| Imposto de Importação | 7,21 | 9,55 |
| Imposto de Importação | 1,15 | 1,54 |
| Imposto de Importação | 0,02 | 0,03 |
| Imposto de Importação | 34,85 | 45,85 |
| Total | 195,22 | 100,00 |

Valor R\$0,00 (Ref 11/2019) R\$0,00

Faturas em atraso

ATENÇÃO

Lectura confirmada

COMPREV
REFIDENCIADA S/A

27 FEV 2019

PROTOCOLO
RECIFECIA RECIFE

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

28/01/2019 R\$ 195,22

638900000001-6 95220149000-2 18983582019-5 01300005019-8





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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Geral Duarte, inscrito (a) no CPF sob o N° 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gluciana Xascimonto Lima, inscrito (a) no CPF sob o N° 067.191.904-90, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Gluciana Xascimonto Lima, inscrito (a) no CPF sob o N° 087.191.904-90, 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 Bairro Changabeira II Email | Cidade João Pessoa | Número 104 | Complemento Sala 06 |
| | | Estado PB | CEP 58056-384 |
| Telefone comercial(DDD) | | Telefone celular (DDD) | |

João Pessoa, 16 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Geral Duarte
Assinatura do Declarante

DLDHL.001 V001/2017

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIFF

17 JAN 2019

COMPRA
VENDA E SUBVENÇÃO SIA
COMPRA



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: 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 <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Procedência: VIA PÚBLICA | | Meio de Transporte: SAMU | | |
| AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO <i>Nego alergia</i> | | | | |
| Queixa principal: | | | | Encaminhamentos: |
| () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse | | | | () Clínica Geral |
| () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão | | | | () Pediatria |
| () Fadiga () Distúrbios visuais () Paraesthesia e/ou Paralisia de parte do corpo | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião |
| () Dor. Local <i>Acidente moto</i> | | | | () Ortopedista |
| () Queixa urinária <i>TCE, lesão superfície e níveis de desorientação</i> | | | | () Serviço Social |
| () Sangramento. Loc: <i>níveis de desorientação</i> | | | | () Maternidade |
| () Outras queixas: | | | | () Enfermagem |
| Antecedentes Mórbidos / Medicamentos | | | | |
| () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias | | | | () Outros: |
| () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo | () AMG | | | () Outros: |
| () Outros: | | | | |
| () Uso de medicamentos: | | | | 17 JAN 2019 |
| Sinais Vitais P.A. <i>100 x 70</i> mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm | | | | PROTÓCOLO |
| Exames Diagnósticos auxiliares () Glicemia Capilar _____ mg/dl | NOTIFICADO EPIDEMIOLOGIA/HBC | | | AGÊNCIA RECIFE |
| AVALIAÇÃO MÉDICA | | | | |
| Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA) | <i>Paciente vítima de queda de moto trazido pelo SAMU. Representando lesão facies contusa em superfície direta. Relata cefaléia, perda de memória recente e náusea. Glasgow 15</i> | | | |
| Exame Físico: Peso: _____ kg | <i>HD: TCE leve</i> | | | |
| Hipótese diagnóstica / conduta | <i>CD: Encamamento plav. neurológica</i> | | | |
| Código de Atendimento: | <i>Hospital</i> | | | |
| | <i>CID 10: Q71</i> | | | |
| | <i>Carteira: 0301060061</i> | | | |
| | <i>CRM-PE 1828</i> | | | |





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: 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: 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 <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Procedência: VIA PÚBLICA | | | Meio de Transporte: SAMU | |
| AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO <i>Nega alergia</i> | | | | |
| <p>Queixa principal: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Distúrbios visuais <input type="checkbox"/> Parästesia e/ou Paralisia de parte do corpo <input type="checkbox"/> Dor. Local <i>Acidente moto</i> <input type="checkbox"/> Queixa urinária <i>TOC, lente superfície e níveis de desorientação</i> <input type="checkbox"/> Sangramento. Loc. <input type="checkbox"/> Outras queixas:</p> | | | | |
| <p>Antecedentes Mórbidos / Medicamentos <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Asma Bronquite <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Alcoolism <input checked="" type="checkbox"/> AVIPREV <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos:</p> | | | | |
| <p>Sinais Vitais P.A. <i>100 x 70</i> mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm</p> | | | | |
| <p>Exames Diagnósticos auxiliares <input type="checkbox"/> Glicemia Capilar _____ mg/dl</p> | | | | |
| <p>AVALIAÇÃO MÉDICA</p> <p>Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA) <i>Paciente vítima de queda de moto bateu pelo SAMU. Repetido perda de levee contínua em superfície. Relata cefaléia, perda de memória recente e</i></p> <p>Exame Físico: Peso: _____ kg Náusea <i>Glasgow 15</i></p> <p>Hipótese diagnóstica / conduta <i>CD: Encaminho p/ av. neurologica Hospital</i></p> | | | | |
| <p>Código de Atendimento: 1010</p> | | | | |
| <p>Encaminhamentos <input type="checkbox"/> Clínica Geral <input type="checkbox"/> Pediatria <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ortopedista <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Outros:</p> | | | | |
| <p>Classificação: <i>1 JAN 2019</i></p> | | | | |
| <p>PROTÓCOLO <i>EMERGÊNCIA RECIFE</i> Ass: Enfermagem</p> | | | | |

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241151079500000033178915>
Número do documento: 2009241151079500000033178915

Num. 34705197 - Pág. 16



XII Gerência Regional de Saúde – XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Saida 12.1

SAÍDA

Guia de Esclarecimento

SEÇÃO SAÚDE: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA REGIÃO: XII GERES

31a Sexo: F Cet: 1011 Estado Civil: Profissão:

SAÍDA: : horas do dia: 14 de 03 de 2018

Principais: lauve, vítima de acidente de moto apresentando ferimento lacerante contuso em hérlio belita pedra de marmore seca, na área + capuzia

Diagnóstica: TCE leve

Hospital: Fernando do dia: 14 de 03 de 2018

Identificação: 5383267

Medida para observação clínica por horas nesta unidade e não houve indicação para internamento hospitalar

AV NEUROLOGIA + BUCOMAXILHO.





Paciente Luciana Nascimento Sírua
Fundo

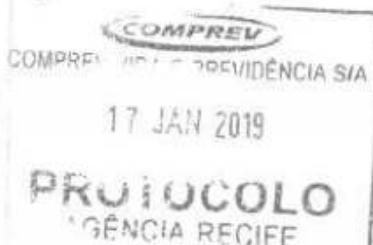
Após analises da Tomografia
Computadorizada cavitacional
do 11º molar fixo da face,
diagnosticamos fraturas da
parede anterior do seio maxilar
e zigoma "Pilar Lacerado direito".
Assim que o tratamento será con-
servador.

Lúcia, 21-03-18

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

PROJETO SORRIR LTDA.

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



HEETSCH



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/07/18

PRONTUÁRIO: 1091505

| | | | | |
|---|--|--------------------|---------------------------------|----------------|
| PACIENTE: | Juana marcelino lima | | SEXO: F | COR: IDADE: 33 |
| PRES. | ARTERIAL PULSO 100 | RESPIRAÇÃO 18/Min | TEMPERATURA 36,5°C | PESO 65Kg |
| ESTADO GERAL | I (BOM) | II (REGULAR) | III (MAU) | IV (PÉSSIMO) |
| RISCO CIRÚRGICO | I (BOM) | II (REGULAR) | III (MAU) | IV (PÉSSIMO) |
| EXAMES COMPLEMENTARES | N/A | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO | INTUBADA, S/ RRA | | AP. CIRCULATÓRIO RR 22T, BPF 55 | |
| AP. DIGESTIVO | Tepid | ESTADO MENTAL EOTE | DROGAS EM USO UPM | |
| PRE-ANESTÉSICO | | | ESTADO FÍSICO FASA 2 | |
| DOSE/HORA | Sem | | | |
| 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 14:20h | | DURAÇÃO DA ANESTESIA 90min | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QUANT. DE CH. | | VALORES RS | |
| ANESTESISTA Dr. Camila, Ana Flora (Ra) CPF | | | CRM-PB 5977 | |
| AGENTE/HORA | 12:30h | 13:30h | | |
| UFCU | | | | |
| LUGAR VENOSO | RL | RL | | |
| ANESTÉSICO | | | | |
| P. ARTERIAL/BISTRO/ANESTÉSICO | | | | |
| ANOTACOES | RS | RS | RS | RS |
| | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | | |
| COMPREV - VIDA E PREVIDÊNCIA SIA | | | | |
| 17 JAN 2019 | | | | |
| <input type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL <input type="checkbox"/> RADICULANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQUEO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS | | | | |
| Sala operatória, parturiente, paciente e procedimento checados e revisados, semelhante prévia em LSE, paciente: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO | | | | |
| USO: | 1. Pefazolina - 2g 2. Atropina tarsato - 10mg 3. midazolam 0,25% 10ml - 20ml 4. lidocaina 0,5% 20ml - 20ml 5. Diprivena - 2g 6. amantadina - 5mg 7. etoporfena - 100mg 8. lidocánil - 5ml 9. fentanyl - 150mcg | | | |
| NASC | 11 | | | |
| SAÍDA | 12 | | | |
| RINSER | 13 | | | |
| TOTAL | 14 | | | |
| DIRETÓRIO DO PACIENTE | 15 | | | |
| <input type="checkbox"/> APT ⁺ | 16 | | | |
| <input type="checkbox"/> ENFERMERA | 17 | | | |
| <input type="checkbox"/> UTI | 18 | | | |
| <input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA | 19 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS UPA | 20 | | | |
| DESCRIÇÕES IMPORTANTES *Injetado com DEX antissepsia central, bloquim de perna braquial (D) com guilho fino + NEPOGEM *via intracarotídea, com infusão de (D) e (D). Sem intercorrências. ✓: S2/PA vert espiral 10x amb PA = 110x76mm Hg CC = 90mm Hg SpO2 = 100% | | | | |
| ASSINATURA DO ANESTÉSISTA | | | | |
| F. INCLASCR 026-1 | | | | |





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHL

| DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA | |
|---|--|
| Posição e Preparo: | |
| ANTIBIOTICOPROFILAXIA | |
| paciente em ddi 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 | |
| Conduta: | |
| 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 PE 9803
CRN PE 9803
CNS 7034045 / BU057800

João Pessoa,

04/07/2018

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

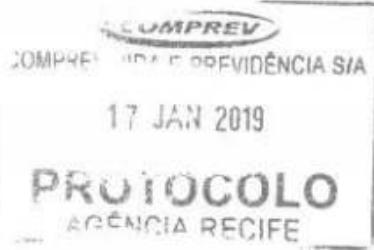
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Nota de Sala Cirúrgica



| | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------|--------------------------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | <i>Bucana Nascimento leme</i> | | | | |
| IDADE: | 31 A | PRONTUÁRIO: | | ENFERMAGIA: | LEITO: |
| CIRURGIA: | ZAC | | | | |
| CIRURGIAO: | <i>Dr. Katherney + Dr. Roberto</i> | | | | |
| ANESTESIA: | <i>Agua Sangu + DTR Alana</i> | | | | |
| ANESTESISTA: | <i>DTR Alana + DTR Alana</i> | | | | |
| INSTRUMENTADOR: | <i>Brunna</i> | | | | |
| DATA: | 4/11/18 | TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: | 12:30 | CIRURGIA INÍCIO: | 14:00' |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5) | | | | | |
| GRAL DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA) | | | | | |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. |
| ALFENTANILA | | JELCO Nº18 | | FIO CAT GLT CRONADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA | | JELCO Nº20 | | FIO CAT GLT CRONADO Nº | |
| HIPNÓTICA PESADA | | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | |
| CETAMINA | | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | |
| DROPERIDOL | | KIT SIST DREN TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº | |
| ETOMIDATO | SOLUÇÕES | QTD. LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENOBARTITAL | ALCOOL ETILICO 70% | LÂMINA BISTURI Nº12 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENTANILA | PIPI DEGERNANTE | LÂMINA BISTURI Nº23 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FLUMAZENIL | PIPI TINTURA | LÂMINA BISTURI Nº24 | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| ISOFLURANO | PIPI TOPICO | LÂMINA DE DERMATOMO | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| EVOBUPIVACAÍNA C/ VASO | SABÃO ANTISEPTICO | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| EVOBUPIVACAÍNA S VASO | MATERIAIS | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAINA C/ VASO | AGULHA 13X4.5 | LUVA ESTERIL Nº7.0 | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAINA S VASO | AGULHA 25X07 | LUVA ESTERIL Nº7.5 | | FIO POLICLÉCAPRONE Nº | |
| MIDAZOLAN | AGULHA 25X08 | LUVA ESTERIL Nº8.0 | | FIO SEDA Nº | |
| MORFINA | AGULHA 40X12 | LUVA ESTERIL Nº8.5 | | FITA CARDIACA | |
| NTMBUM | AGULHA PERIDURAL Nº16 | MASCARA CIRÚRGICA | | MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
| PANCURÔNIO | AGULHA PERIDURAL Nº17 | MEDEIAS GORDOS | | CATETER DE PIC | |
| PERIDINA | AGULHA PERIDURAL Nº18 | PERFLTRADOR DE SORO | | CIMENTO CIRÚRGICO | |
| PROPORFOL | AGULHA RAQUI Nº26G | SCALP Nº19 | | CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| RANIFENTANILA | AGULHA RAQUI Nº36G | SCALP Nº21 | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| ROCRÔNIO | AGULHA RAQUI Nº27G | SERINGA 3ML | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| SEVOFLURANO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | SERINGA 3ML | | FIO STEINMAN Nº | |
| SUXAMETÔNIO | ATADURA DE CREPOM | SERINGA 10ML | | FIO STEINMAN Nº | |
| TIOPENTAL | ATADURA GESSADA | SERINGA 20ML | | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| MEDICAÇÕES | QTD. BOLSA P. COLOSTOMIA | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | | HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| ADRENALINA | CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | | KIT DERIVA. VENTRICULAR | |
| VOLÁ DESTILADA | CATETER DE OXIGÊNIO | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | | PROTESE VASCULAR | |
| ATROPINA | CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | | KIT FAM | |
| RENTRA | CATETER EPIDURAL Nº16 | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | | FIXADOR EXTERNO | |
| CEFAZOLINA | CATETER EPIDURAL Nº17 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | | PLACA RADIATIVA RH CIFE | |
| DEXAMETASONA | CATETER EPIDURAL Nº18 | SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | | PLACA CX 315 TMC | |
| RONA SÓDICA | CERA PARA OSSO | SONDA NASOG. CURTA | | PARAFUSOS CORTICais (21/4/2)16 | |
| EDRINA | COLET. URINA FECHADO | SONDA NASOG. LONGA | | PARAFUSOS CORTICais | |
| EUROSEMIDA | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | SONDA URETRAL Nº | | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GÍLICOSE 50% | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | TORNEIRINHA | | PARAFUSOS ESPONJOSO | |
| GLUCONATO DE CALCIO | DRENO DE PENSOSE | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| HIDROCORTISONA | DRENO DE SUCÇÃO | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PARAFUSOS MALEOLAR | |
| LIDOCAINA GELEIA | ELETRODOS | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | | PLACA RADIATIVA AN/2667- | |
| ONDASENTRONA | EQUIPO MACROGOTAS | TUBO SILICONE (LATEX) | | PLACA | |
| PLASIL | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | | EQUIPAMENTOS | |
| PROSTIGMINE | EQUIPO MICROGOTAS | | | FIO ASPIRADORA | |
| PROTAMINA | ESPOÑA DE PVPI | FIOS | QTD. | FIO BISTURI ELÉTRICO | |
| TENOXICAN | ESPARADRAGO | FIO ALGODÃO S/A Nº | | FIO CAPNÓGRAFO | |
| | GAZES | FIO ALGODÃO S/A Nº | | FIO CARDIOMONITOR | |
| | GAZES ALGODoadas | FIO ALGODÃO C/A Nº | | FIO DESFIBRILADOR | |
| | GEL ELETROLÍTICO | FIO ALGODÃO C/A Nº | | FIO FOCO AUXILIAR | |
| | JELCO Nº14 | | | LAMPADA CENTRAL | |
| | JELCO Nº16 | | | LAMPADA MICROSCOPIO | |
| <i>(3 Agulha Agulha 1.000 ml)</i> | | | | | |
| <i>DR. Placa avulsa 08 mmx medidada jman</i> | | | | | |
| <i>Med 10cm</i> | | | | | |
| CIRCULANTE LEOSELY da Silva Ferreira Tec. Enfermagem COOPER/SP/101052 | | | | | |
| PROCLASCTIR 001-3 | | | | | |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092411510795000000033178915>
Número do documento: 20092411510795000000033178915

Num. 34705197 - Pág. 22



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: POLIARTROSE - TCE LVE
FRATURA DE C2 D. DIREITA
FRAQUEZIMENTO CONTÍNUO EM
SUPERFÍCIE DENTRO.
FRATURA FRACTADA EM 1/3 MÉDIO CLAVICULAR
DIREITA
Tratamento realizado:
(ACIDANTE DEDOTO)
SUSTO: Clínico + SUTURA ED
FRAQUEZIMENTO + IMOSISTILIZAÇÃO -
EM N. B. D.
TAC DE CRÂNIO - TAC DE COLUNA CERVICAL
TAC DE FACE - T2X TÓRAX - OMBRO D.R.
EXAMES LABORATORIAIS + PELVE.

Obs.

OBS. ALTA HOSPITALAR FDI 14-03-2018
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário

Gênes da Prevenção Médica em

~~SES - Hospital da Restauração MÉDICO - CRM No.
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAMU
CRM-BA/15~~

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

COMPREV

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HE ETSM

| | | | | | |
|--------------------|--|---------|---|---------------|------------------|
| 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:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA OUTRO DURANTE ATO CIRÚRGICO
MÉDICO/CRM: Dr Francisco Henrique Medico CRM PB 9663 / CNS 70340457005/600 DATA: 04/07/2018



| | | | | |
|--|--|--|------------------------|--|
| SUS Sistema Único de 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 <i>HTOP</i> | | 2 - CNES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HTOP</i> | | 4 - CNES |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Louana Nasumuto Louma</i> | | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>1091505</i> | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i> | | 9 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO <i>300</i> <small>N.º DO TELEFONE</small> | | |
| 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 SECUNDÁRIO | 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>me colparem corticam n. 14 3,5 02 placas corticam n. 16 01 apulus A.100 (B.Brown) [01 placa reconstruída "Avulsa" com OG Funer;</i> | | | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | |
| 41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>CRM PB 9603 702404879057800</i> | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR <i>COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A</i> | | |
| 46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | | 47 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>17 JAN 2019</i> | | |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | |

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 |
| Date de nascimento 17/10/1986 | Idade 31a 8m 12d | Sexo Feminino | CNS 163822965710008 |
| 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 | |

\anamnese

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 S/A

CREATININA

HEMOGRAMA

17 JAN 2019

Conduta

Internar Paciente

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Daniel Conserva Arruda

MÉDICO

CRM-14384

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?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=324987&pesquisa=S&referenciaIm

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241151079500000033178915

Número do documento: 2009241151079500000033178915

Num. 34705197 - Pág. 26

Orto



Brasília

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senhor Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1091505



| Identificação do paciente | | | | |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| ID 13020-49 | Nome LUCIANA NASCIMENTO LIMA | | | Sexo Feminino |
| Data de nascimento 17/10/1986 | Idade 31 anos 8 meses 12 dias | Estado civil | Religião | Prontuário |
| Mae SILVA | PAI NAO DECLARADO | | | |
| Escolaridade | | | | Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A) |
| DDD - Móvel 83 | Fone Móvel 994246001 | DDD Fixo | Fone Fixo | |
| Tipo do documento R/ J (IDENTIDADE) | Número documento 533816807 | Nº Crm: 163822965710008 | | |
| Local de procedência CAAPORÃ | | Type 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 CRURGIA 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 <input checked="" type="checkbox"/> mmHg | P脉 | Temperatura | | |
| Exames complementares | | | | |
| Raios X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] ECG [] Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | |
| Diagnóstico | | | | CID |
| Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS | | | | Tempo 01min 44seg |

Imprimir

OMPREV

COMPAGNIA DE PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTÓCOLO
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.

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE





COMPRE
A COMPREV
VIA FERROVIÁRIA E PREVIDÊNCIA S/A
17 JAN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092411510795000000033178915>
Número do documento: 20092411510795000000033178915

Num. 34705197 - Pág. 30

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08

<http://pie.tpbj.us.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200924111510795000000033178915>

Número do documento: 20092411510795000000033178915

Núm. 34705197 - Pág. 31





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.

Marcia Temudo

Bravax Motos

PAGO

Recife, 19 de Novembro de 2014.



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092411510795000000033178915>
Número do documento: 20092411510795000000033178915

Num. 34705197 - Pág. 32



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

Pág.: 1

Controle de Veículo
Extrato de Restrições

20-06-2017 12:18

Placa: RENAVAM:
Proprietário:

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

RESTRIÇÃO 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092411510795000000033178915>
Número do documento: 20092411510795000000033178915

Num. 34705197 - Pág. 33

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.


COMPRES
COMPRES SAÚDE E PREVIDÊNCIA S/A

17 JAN 2019

Goiana - Pernambuco 23 de Outubro de 2018

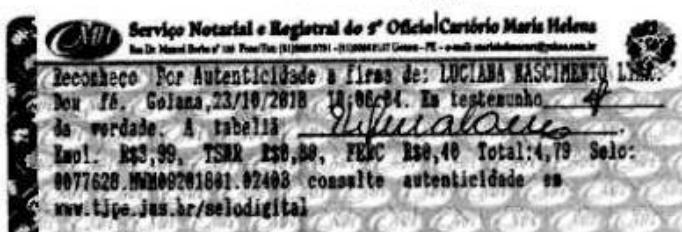
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

*CARTÓRIO DE
INSCRIÇÃO DE
GOIANA*

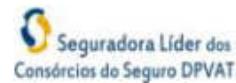
Suelia Nascimento Lima

OUTORGANTE

Vilma Joaquim de Lima
Escrevante



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/09/2020 11:51:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241151079500000033178915>
Número do documento: 2009241151079500000033178915

Num. 34705197 - Pág. 35

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





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 Duto 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 incidiu 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**

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. 1

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