

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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421269

Vítima: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190421269

Vítima: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190421269

Vítima: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008757

Conta: 0000024356-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>106559414-36 Paulo Rossane Barbosa da Silveira</i>	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <i>Paulo Rossane Barbosa da Silveira</i>	6 - CPF: <i>106559414-36</i>
7 - Profissão: <i>Comerciária</i>	8 - Endereço: <i>Av. Pinheiro do Pará</i>
9 - Número: <i>697</i>	10 - Complemento: <i>apt 301</i>
11 - Bairro: <i>Paratibe</i>	12 - Cidade: <i>João Pessoa</i>
13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58062-270</i>
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <i>93761 7832</i>

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Itaú*

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus ou despesas que venham a ser gerados.

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 dias úteis para a apresentação da documentação.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem a apresentação da documentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e natureza das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta avaliação não significa previsão da permanência com a natureza da lesão, nem indicação ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado (não divorciado)	<input type="checkbox"/> Viúvo
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	--	--------------------------------

24 - Seu endereço completo:	25 - Telefone número completo:	26 - Telefone número completo:
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/vanitro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou poupanças/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte das pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando sempre, aliás, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
--	--

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
---	--

38 - Local e Data: <i>João Pessoa 09 julho 2019</i>	39 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Paula Rossane Barbosa da Silveira</i>
--	--

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Procurador (se houver):

45 - Assinatura do Procurador (se houver):

46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):

48 - Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura do Procurador (se houver):

50 - Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura do Procurador (se houver):

52 - Assinatura do Procurador (se houver):

53 - Assinatura do Procurador (se houver):

54 - Assinatura do Procurador (se houver):

55 - Assinatura do Procurador (se houver):

56 - Assinatura do Procurador (se houver):

57 - Assinatura do Procurador (se houver):

58 - Assinatura do Procurador (se houver):

59 - Assinatura do Procurador (se houver):

60 - Assinatura do Procurador (se houver):

61 - Assinatura do Procurador (se houver):

62 - Assinatura do Procurador (se houver):

63 - Assinatura do Procurador (se houver):

64 - Assinatura do Procurador (se houver):

65 - Assinatura do Procurador (se houver):

66 - Assinatura do Procurador (se houver):

67 - Assinatura do Procurador (se houver):

68 - Assinatura do Procurador (se houver):

69 - Assinatura do Procurador (se houver):

70 - Assinatura do Procurador (se houver):

71 - Assinatura do Procurador (se houver):

72 - Assinatura do Procurador (se houver):

73 - Assinatura do Procurador (se houver):

74 - Assinatura do Procurador (se houver):

75 - Assinatura do Procurador (se houver):

76 - Assinatura do Procurador (se houver):

77 - Assinatura do Procurador (se houver):

78 - Assinatura do Procurador (se houver):

79 - Assinatura do Procurador (se houver):

80 - Assinatura do Procurador (se houver):

81 - Assinatura do Procurador (se houver):

82 - Assinatura do Procurador (se houver):

83 - Assinatura do Procurador (se houver):

84 - Assinatura do Procurador (se houver):

85 - Assinatura do Procurador (se houver):

86 - Assinatura do Procurador (se houver):

87 - Assinatura do Procurador (se houver):

88 - Assinatura do Procurador (se houver):

89 - Assinatura do Procurador (se houver):

90 - Assinatura do Procurador (se houver):

91 - Assinatura do Procurador (se houver):

92 - Assinatura do Procurador (se houver):

93 - Assinatura do Procurador (se houver):

94 - Assinatura do Procurador (se houver):

95 - Assinatura do Procurador (se houver):

96 - Assinatura do Procurador (se houver):

97 - Assinatura do Procurador (se houver):

98 - Assinatura do Procurador (se houver):

99 - Assinatura do Procurador (se houver):

100 - Assinatura do Procurador (se houver):

101 - Assinatura do Procurador (se houver):

102 - Assinatura do Procurador (se houver):

103 - Assinatura do Procurador (se houver):

104 - Assinatura do Procurador (se houver):

105 - Assinatura do Procurador (se houver):

106 - Assinatura do Procurador (se houver):

107 - Assinatura do Procurador (se houver):

108 - Assinatura do Procurador (se houver):

109 - Assinatura do Procurador (se houver):

110 - Assinatura do Procurador (se houver):

111 - Assinatura do Procurador (se houver):

112 - Assinatura do Procurador (se houver):

113 - Assinatura do Procurador (se houver):

114 - Assinatura do Procurador (se houver):

115 - Assinatura do Procurador (se houver):

116 - Assinatura do Procurador (se houver):

117 - Assinatura do Procurador (se houver):

118 - Assinatura do Procurador (se houver):

119 - Assinatura do Procurador (se houver):

120 - Assinatura do Procurador (se houver):

121 - Assinatura do Procurador (se houver):

122 - Assinatura do Procurador (se houver):

123 - Assinatura do Procurador (se houver):

124 - Assinatura do Procurador (se houver):

125 - Assinatura do Procurador (se houver):

126 - Assinatura do Procurador (se houver):

127 - Assinatura do Procurador (se houver):

128 - Assinatura do Procurador (se houver):

129 - Assinatura do Procurador (se houver):

130 - Assinatura do Procurador (se houver):

131 - Assinatura do Procurador (se houver):

132 - Assinatura do Procurador (se houver):

133 - Assinatura do Procurador (se houver):

134 - Assinatura do Procurador (se houver):

135 - Assinatura do Procurador (se houver):

136 - Assinatura do Procurador (se houver):

137 - Assinatura do Procurador (se houver):

138 - Assinatura do Procurador (se houver):

139 - Assinatura do Procurador (se houver):

140 - Assinatura do Procurador (se houver):

141 - Assinatura do Procurador (se houver):

142 - Assinatura do Procurador (se houver):

143 - Assinatura do Procurador (se houver):

144 - Assinatura do Procurador (se houver):

145 - Assinatura do Procurador (se houver):

146 - Assinatura do Procurador (se houver):

147 - Assinatura do Procurador (se houver):

148 - Assinatura do Procurador (se houver):

149 - Assinatura do Procurador (se houver):

150 - Assinatura do Procurador (se houver):

151 - Assinatura do Procurador (se houver):

152 - Assinatura do Procurador (se houver):

153 - Assinatura do Procurador (se houver):

154 - Assinatura do Procurador (se houver):

155 - Assinatura do Procurador (se houver):

156 - Assinatura do Procurador (se houver):

157 - Assinatura do Procurador (se houver):

158 - Assinatura do Procurador (se houver):

159 - Assinatura do Procurador (se houver):

160 - Assinatura do Procurador (se houver):

161 - Assinatura do Procurador (se houver):

162 - Assinatura do Procurador (se houver):

163 - Assinatura do Procurador (se houver):

164 - Assinatura do Procurador (se houver):

165 - Assinatura do Procurador (se houver):

166 - Assinatura do Procurador (se houver):

167 - Assinatura do Procurador (se houver):

168 - Assinatura do Procurador (se houver):

169 - Assinatura do Procurador (se houver):

170 - Assinatura do Procurador (se houver):

171 - Assinatura do Procurador (se houver):

172 - Assinatura do Procurador (se houver):

173 - Assinatura do Procurador (se houver):

174 - Assinatura do Procurador (se houver):

175 - Assinatura do Procurador (se houver):

176 - Assinatura do Procurador (se houver):

177 - Assinatura do Procurador (se houver):

178 - Assinatura do Procurador (se houver):

179 - Assinatura do Procurador (se houver):

180 - Assinatura do Procurador (se houver):

181 - Assinatura do Procurador (se houver):

182 - Assinatura do Procurador (se houver):

183 - Assinatura do Procurador (se houver):

184 - Assinatura do Procurador (se houver):

185 - Assinatura do Procurador (se houver):

186 - Assinatura do Procurador (se houver):

187 - Assinatura do Procurador (se houver):

188 - Assinatura do Procurador (se houver):

189 - Assinatura do Procurador (se houver):

190 - Assinatura do Procurador (se houver):

191 - Assinatura do Procurador (se houver):

192 - Assinatura do Procurador (se houver):

193 - Assinatura do Procurador (se houver):

194 - Assinatura do Procurador (se houver):

195 - Assinatura do Procurador (se houver):

196 - Assinatura do Procurador (se houver):

197 - Assinatura do Procurador (se houver):

198 - Assinatura do Procurador (se houver):

199 - Assinatura do Procurador (se houver):

200 - Assinatura do Procurador (se houver):

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros desta delegacia, encontrei o registro da ocorrência policial N° 0021/2019, cujo teor passo a transcrever na integra, como adiante segue:
ao PRIMEIRO (01) dia do mês de JULHO do ano de dois mil e dezenove, nesta Cidade de João Pessoa, NA 11ª DELEGACIA DISTRITAL, onde presente encontrava o Bel. **JOAQUIM FABIO PEREIRA PONTES**. Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão (o) de seu cargo, ai, por volta das 17 Horas 44 Minutos, COMPARECEU: **SRª PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA**.

NACIONALIDADE: BRASILEIRO (A);

NATURAL: JOÃO PESSOA/PB.

FILIAÇÃO: JOSÉ PAULO DA SILVA FILHO E DE ROSSANA BARBOSA DA SILVA.

DATA DE NASCIMENTO: 05/05/1989. COM 30 ANOS.

RG N° 3.515.305 - SSP/PB, CPF N° 106.559.414-36.

ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO COMPLETO.

OCUPAÇÃO: AUXILIAR LOGISTICAS.

ESTADO CIVIL: CASADA.

ENDEREÇO: RUA PINHEIRO DO PARANÁ, S/N, APARTAMENTO N° 302, CEP: 58062-278, BAIRRO: PARATIBE, CIDADE -JOÃO PESSOA/PB, NESTA CAPITAL.

TELEFONE PARA CONTATO: 083- 9.8761-7832.

O(A) QUAL VEIO NOTIFICAR QUE NA DATA DO DIA (17/02/2019), POR VOLTA DAS MEIA NOITE E 32 MINUTOS, NA PROXIMIDADES DA RESIDENCIA, AO RETORNAR DE UMA PIZZARIA PARA A SUA RESIDENCIA, O SEU COMPANHEIRO DE NOME NELSON CORREIA DA SILVA, ONDE O MESMO CONDUZIA A SUA MOTO DE MARCA HONDA/CG 160 FAN ESDI, PLACA: QFL- 6906/PB, COR VERMELHA, ANO DE FABRICACAO E ANO MODELO: 2016/2016, RENAVAM: 0108958267-3, CHASSI: SC2KC2209GR052864, COMBUSTIVEL FLEXE: ALCO/GASOLINA, QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE AO DESVIAR DE UM CACHORRO DE PORTE GRANDE, O CONDUTOR TA COM A SUA COMPANHEIRA NA GARUPA, QUANDO PERDEU O CONTROLE E VEIO A COLIDIR COM O MURO DE UMA RESIDENCIA, ONDE A DECLARANTE SOFREU VARIAS FRATURAS NA MAO ESQUERDA, E UMA AMPUTAÇÃO DE UM DEDO MÉDIO DA MÃO ESQUERDA E SEM MOVIMENTO DO DEDO INDICADOR, CONFORME SEGUIM EM ANEXO TODA DOCUMENTAÇÃO DO LAUDO MÉDICO E O CID (BOLETIM MÉDICO) DOS REFERIDOS HOSPITAIS.

ARTIGO: 299 DO CPB: "OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, D/ECLARAÇÃO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA-OU-DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR, VERDADE SOBRE FATO JURICAMENTE RELEVANTE: PENA -RECLUSÃO DE 01 (UM) A 05 (CINCO) ANOS, E MULTA , SE O DOCUMENTO É PÚBLICO, E RECLUSÃO DE 01 (UM) A 03 (TRÊS) ANOS, E MULTA, SE O DOCUMENTO É PARTICULAR."

10 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AGI JOÃO PESSOA

NOTIFICANTE

ESCRIVÃO

Romualdo F. de Souza
AGI - Mat. 135.8375
Policia Civil - J. Pessoa



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>106559414-36 Paulo Rossane Barbosa da Silveira</i>	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <i>Paulo Rossane Barbosa da Silveira</i>	6 - CPF: <i>106559414-36</i>
7 - Profissão: <i>Comerciária</i>	8 - Endereço: <i>Av. Pinheiro do Pará</i>
9 - Número: <i>697</i>	10 - Complemento: <i>apt 301</i>
11 - Bairro: <i>Paratibe</i>	12 - Cidade: <i>João Pessoa</i>
13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58062-270</i>
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <i>93761 7832</i>

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <i>Itaú</i>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <i>8757</i> CONTA: <i>24356</i>
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 dias úteis para a apresentação da documentação.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem a apresentação da documentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e natureza das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta avaliação não significa previsão da permanência com a natureza da lesão, nem indicação ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado (não judicializado) <input type="checkbox"/> Viúvo				
24 - Seu nome completo da vítima:	25 - Vítima falecida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Seu nome completo do beneficiário:	27 - Seu nome completo do beneficiário		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varanço)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte das pessoas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando sempre, aliás, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Número de identificação social da vítima:	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
40 - Local e Data:	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



(CNPJ) 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
SALVAMENTO MARINHO
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - CEP 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 902/037, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2353831, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA idade 29 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x muro) no dia 16/02/2019, na Rua Jose Luiz de Albuquerque, Bairro: Paratibe - João Pessoa - aproximadamente às 23:49 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Março de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS® Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

CÓMPREV
CÓMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000024356-6

Autenticação:

1C890508ED2FC2E7CFD21F0FDA0A047B65EBC7B67B259ADB3950B03B781D423D

PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA
RUA PRÍMERO DO PARÁ, 8877 AP.202 - PARATÉS
JOÃO PESSOA/PB CEP: 5802270 (AD.1)



Emissão: 20/11/2018 Referência: Nov / 2018
Endereço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Bx200, Rm-26 - Custo Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 58010-180
Rotativo: 16-5-630-4128 N° medidor: 0008799853

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.160/0001-49, INSC Est.: 16.015.929-0

Nota Fiscal/Declaração de Energia Elétrica N°015410210
Cód. para Bkt. Automatizado: 20817947417

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800-083-0196 | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Nov / 2018	29/11/2018	31/12/2018	106.650.414-36

UC (Unidade Consumidora): 5/1794741-7

Canal de contato

- Exercício de apresentação da fatura de 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.

Reservada, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constância	Consumo	Dias
29/10/18 1200	29/11/18 1100			31
Demonstrativo				
ODI Descrição Quantidade Tarifa UF Valor Base Gru. Alm. vnm(R\$) Base Lata. Fio(R\$) Outros(R\$)				
0001 - Consumo em kWh	86.880,00	0,630230	70,54	70,54 25 17,04 70,54 0,00 3,25
0001 - Adic. B. Vermelha		0,14	0,14 25	0,02 0,14 0,00 0,01
0001 - Adic. B. Amarela	1,20	1,20 25	0,20	1,20 0,01 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 - CONTRIBUIC. P. UEM PÚBLICA	2,00	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0004 - JUROS DE MORA 06/2018	1,40	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0004 - JUROS DE MORA 10/2018	0,01	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0005 - MULTA 06/2018	1,20	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0005 - MULTA 10/2018	0,14	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0006 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018	1,60	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0006 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,12	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	06/12/2018	R\$ 79,26

121	148	155	177	195	184	178	193	175	178	176	175
Nov/18	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Out/18

RESERVADO AO FISCO

e21d.8c68.8a3a.2d07.4627.0f6a.fe3a.e322	Indicadores de Qualidade	Composição do Consumo
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIAS/A
10 JUL. 2019
PROTÓCOLO:
A.G. JOÃO PESSOA



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Barilli, 1570
Ed. Eco Berlin
Cidade Monções
CEP: 04571-035 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est.: 108353849112
<http://www.vivo.com.br>

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 960 AN 1 SL 204 BRISAMAR - 58033-410 -
JOAD PESSOA / PB
Código do cliente: 8999 9408 4351 DV: 0
Mês de referência: Maio/2019
Número da fatura: 0833183829-0 **Tipo de cliente:** Não residencial
Número do telefone: 8330243996
Data de emissão: 02/05/2019
Estado de instalação: Paraíba

21/05/2019
233,29

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	74,99
25 Mega Empresas	74,99
Serviços	20,00
Outros Serviços	20,00
Telefone	60,00
Sistema Brasil Empresas - Mensalidade Principal	60,00
Secretaria Eletrônica	0,00
Total	154,99
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VCI)	0,00
Total	0,00
Serviços Eventuais	
Encargos (Juros/Multa)	3,22
Total	3,22
Cobrança Serviços Terceiros	
Prestadora Tim (ID: 41)	75,00
Total	75,00
TOTAL GERAL A PAGAR	233,29

Histórico de consumo

Total utilizado em min/seg.
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Março	Abri	Maio
Minutos Locais Utilizados	148,00	102,30	141,30
Lig. Nac/Longa Distância	0	89,36	49,24
Lig. Locais Celular (VCI)	4,06	254	30,24

Vivo Valoriza
Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).

Para falar com a central de atendimento:
Telefonia fixa e internet: 103 15.

Para TV por assinatura: 106 15.

Pessoas com necessidades especiais de fala/audição, ligue 142.

Para saber qual a loja Vivo mais perto de você acesse

www.vivo.com.br

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

Mensagem para você



Esta fatura refere-se à declaração de quitação anual de débitos e afirma o cumprimento de suas obrigações de jan a dez/2018, exceto parcelamentos, serviços de outras operadoras, serviços não faturados, débitos em julho e outros, não previstos na Lei 12.007/2009.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamento automático, entre em contato, cobrando encargo de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O resarcimento por impaciência é realizado em conformidade com as Resoluções Para STFC artigo 32, Resolução Anatel nº 269/2005, para SCM artigo 48º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 489/2007. Central de Atendimento Anatel: 1031 (Geral), 1032 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em milésim para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de falas/audição.

(144) PJ BL / 119/Vivo Fibra 25 Mega Empresas (238) PA132 Ilimitadas Locais Empresas PA140 Ilimitadas Longa Distância Empresas

Deslize aqui

Autorização Mecânica

Nome do Cliente MARCELO LUCENA ADVOGADOS			Sr. Cabo, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9408 4351	Código para Cadastramento de Débito Automático 899994084351-0	Número da Fatura 0833183829-0	Data de Vencimento 21/05/2019	Valor a Pagar (R\$) 233,29

84640000002 8 33290082089 2 99940843510 8 83318382999 7



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 027.312.812



Luz. Internet. Mobilidade

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

B-238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480

CNPJ 09.096.183 / 0001-46 - Insc. Est. 18.615.823-6

DADOS DO CLIENTE

PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA
RUA PINHEIRO DO PARANA 687 AP 302
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1794741-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

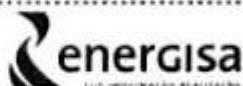
28/06/2019

89

05/07/2019

R\$ 86,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Rotelro: 18-005-639-4128

83610000000-6 86300149000-3 17947412019-5 06200005019-5



VENCIMENTO

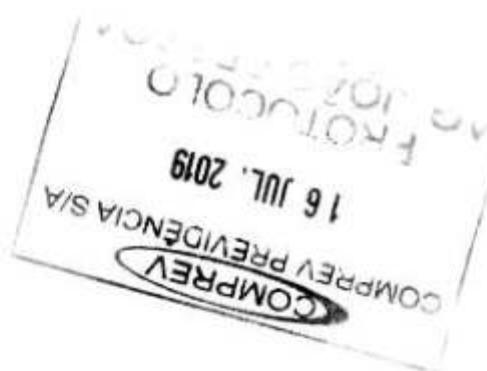
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

05/07/2019

R\$ 86,30

1794741-2019-06-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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, CAPITALIZADA E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rocha Júnior de Lucena

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705.364.137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paula Rosane Barbero de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.559.414-36,

do sinistro de DPVAT cobertura Doméstica da Vítima Paula Rosane Barbero de Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.559.414-36, 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 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:	<u>Rua Prof. Oswaldo de Mendonça Peres</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Scalco 206 e 207</u>
Bairro:	<u>Brazlândia</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marceloluca.com.ad@gmail.com</u>			CEP:	<u>58033-410</u>

Local e Data:

João Pessoa 09 de julho 2019

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Nelson Correia de Silveira,

RG nº 049.864.192-5, data de expedição 01/10/110, Órgão PETRAN - PB, portador do CPF nº 080.432.164-79, com Domicílio na cidade de Habuana, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Campos Grandes s/n, nº S/N, complemento, Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Paula Roxane Bezerra da Silva, cujo o condutor era Nelson Correia de Silveira.

Veículo: Motocicleta
Ano: 2016
Modelo: 2016
Placa: QFL 6906 - PB
Chassi: 9C2KC2J00GR062864
Data do acidente: 17/02/2019

Local e data: João Pessoa 04/07/2019

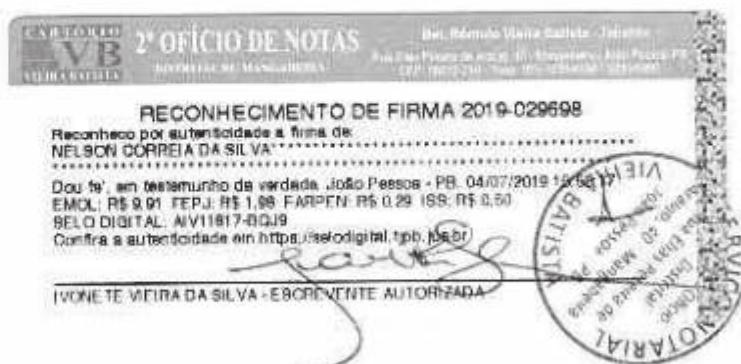
X Nelson Correia de Silveira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA



X _____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





CERTIDÃO

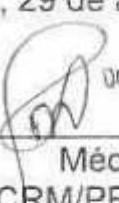
Nº. 0703/2019

Atendendo solicitação de **PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº206534 pertencente a requerente que foi atendida dia 17/02/2019 ás 00H32min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em joelho e mão esquerda.

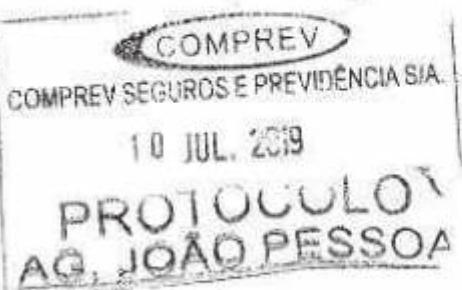
Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 2º e 3º dedo da mão esquerda. Indicado ao bloco cirúrgico.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de abril de 2019


Dr. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM/PB 4516

Médica
CRM/PB 4516



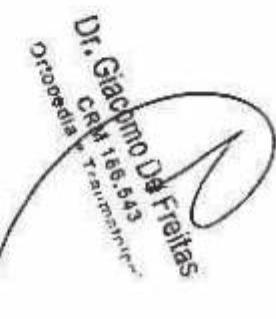
* Osteole

Osteole con fratture lto ♂

R R 3° e 4° MTC
* Fiss. ORT

R epide 2. ORD ♂

CP: A bloc leverage





TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Rossana Barbosa da Silva,
pessoa responsável pelo(a) paciente, Paula Rossane B. da Silva,
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 14/08/19.

Rossana Barbosa da Silva (Assinatura do (a) Paciente ou Responsável)
Gentilza do paciente

Assinatura do (a) Funcionário (a)





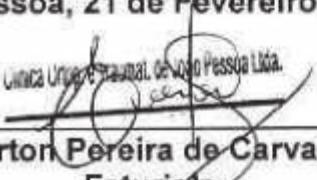


Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa – Paraíba
CNPJ: 12.361.267/0088-44

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA**, foi atendida neste Hospital no dia **17/02/2019**, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário nº **56997308**.

João Pessoa, 21 de Fevereiro de 2019.

Clinica Universitária de João Pessoa Ltda.


Everton Pereira de Carvalho
Faturista



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
56997308



17/02/2019 03:44:15

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL.

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
14957064	PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	F	05/05/1989	29
RG	CPF 10655941436	Carteira Profissional	Estado Civil 1-CASADO	

Endereço

R PINHEIRO DO PARANA 58 PARATIBE JOÃO PESSOA-PB CEP:58062278

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
987323949		ROSSANA BARBOSA DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGP

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
17/02/2019	03:34		
Médico Atendente	Clinica		
905364 CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
905364 CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	5 PQA (CENTRO CIRURGICO)		

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio 1622-HAPVIDA JOAO PESSOA	Plano LIDER COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA 2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira 01UUB000014028029	Validade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
38481955	54010101	D00180492	DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 2

17/02/2019 02:55

16k"

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA Dt. Nasc.: 05/05/1989
 Atendimento: 56997206 Prontuário: 14957064 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Professional: CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA Nº: 34104917 17/02/2019 às 02:55
 CRM 6902

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CACHORRO HÁ 3 HORAS QUEIXA-SE DE DOR E DEFORMIDADE EM 3º QDE E DOR NO JOELHO ESQUERDO GLASCOW 15 NEUROVASCULAR NORMAL AO EXAME: LESÃO DE PONTA DE DEDO 3º QDE COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA , FERIMENTOS SUPERFICIAL JOELHO ESQUERDO

CD: RX

OBS: ESMAGAMENTO DE PONTA DE DEDO 3º QDE AO BLOCO CIRÚRGICO PARA REGULARIZAÇÃO DE COTO DE PONTA DE DEDO SOB ANESTESIA LOCAL

OBS: SOLICITO RX DE CONTROLE APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

EXAME FÍSICO

Abertura Ocular

4

Nível De Consciencia

0

Resposta Motora

6

Resposta Verbal

5

Escala De Glasgow

15

Aspecto Geral

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CACHORRO HÁ 3 HORAS. QUEIXA-SE DE DOR E DEFORMIDADE EM 3º QDE E DOR NO JOELHO ESQUERDO GLASCOW 15 NEUROVASCULAR NORMAL AO EXAME: LESÃO DE PONTA DE DEDO 3º QDE COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA , FERIMENTOS SUPERFICIAL JOELHO ESQUERDO

CD: RX

OBS: ESMAGAMENTO DE PONTA DE DEDO 3º QDE AO BLOCO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

PLANEJAMENTO TERAPÉUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Urgência

Sim

EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

54010101- Debridamento De Tecido Des

CRM-6902

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°: 20375000

Peso Registrado:

Kg

1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR

1

1 Vez

CRM-6902

2- DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

1

1 Vez

CRM-6902

D.C.
07/02/2019
TESTE 16941
16941



HÓSPITAL
DA PARAÍBA

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 2 de 2

17/02/2019 02:57

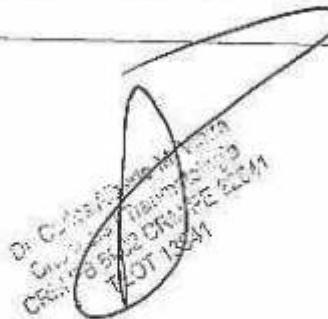
Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA
Atendimento: 56997206 Prontuário: 14957064

Dt. Nasc.: 05/05/1989

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

11/02/19

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL





HOSPITAL
DA PARÁBA
GERAL

4599110

PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4599110

Data: 17/02/2019

Pág. 1 de 1

Luciana Teresca da Andrade

COREN-PETIT1245928-TE

Legenda:
P.D. - Padrão de dispensação
Env. - Enviado
P.C. - Padrão de consumo



NOTA DE SALA

Atendimento:		56997308	Prontuário:	14957064	PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	HAPVIDA JOAO P	
Cirurgia(s):		54010101 DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO		Tipo Anestesia:		LOCAL	
Sala Cirúrgica:		SALA 02 - CC	Setor Emitente:		FARMACIA CENTRO CIRURGICO - Aptº: 01-JP		
Equipe Médica:		CIRURGIAO	905364	CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA		CRM	8902
		CIRCULANTE	8726096	JOSE EDCARLOS PINHEIRO MOREIRA		COREN	1303666

**HOSPITAL GERAL
DA PARAÍBA**

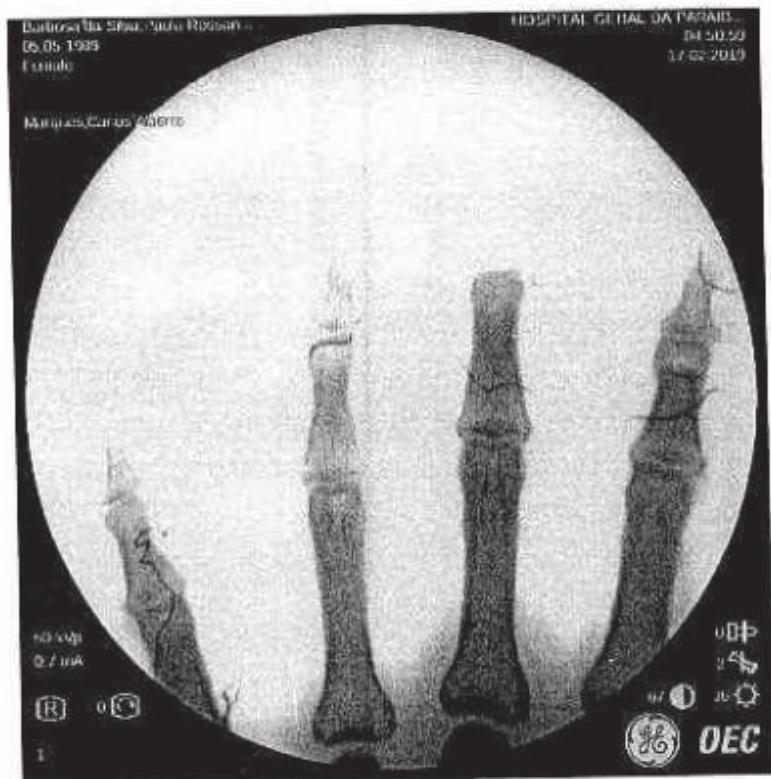
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	DATA: 17/02/2019
CIRURGIÃO: DR. CARLOS ALBERTO MARQUES	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR:	º AUXILIAR:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE PONTA DE DEDO 3º QDE + ESMAGAMENTO DA EXTREMIDADE	DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA: REGULARIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PONTA DE DEDO	CIRURGIA REALIZADA: O MESMO
INSTRUMENTADOR: EDCARLOS	AUX CIRC: LUCIANA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1. POSICIONAMENTO DO PACIENTE
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CONFORME HABITUAL PARA MSE. GARROTEAMENTO DO DEDO.
4. ACESSO MEDOLATERAL SOBRE INCISÃO PRÉVIA
5. DISSECÇÃO POR PLANOS E REALIZADA MICRONEURÓLISE DO NERVO DIGITAL ULNAR
6. IDENTIFICADO DE FRATURA MULTIFRAGMENTAR DA FALANGE DISTAL DO 3º QDE
7. RESECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO 3º QDE E DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
8. LAVAGEM COPIOSA COM SF E SUTURA DA PELE
9. SOLTURA DO GARROTE COM 30 MIN DE PROCEDIMENTO E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL.
10. CURATIVO OCLUSIVO
11. RX DE CONTROLE
12. TALA TIPO LUVA

Dr. C. Alberto Marques
CRM-PB 02134 PE 12841
17/02/2019



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

21/02/2019 10:49

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA Dt. Nasc.: 05/05/1989 Atendimento: 56997308 Prontuário: 14957064

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: 01-JP/1

Profissional(is): CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA MÉDICO CRM:6902 [1] Nº: 34106106 17/02/2019 às 05:50

DIAGNÓSTICOS

CID10 S626 FRAT DE OUTR DEDOS [1]

Patologias e Condições Diagnosticadas S611 [1]

Plano Terapêutico REGULARIZAÇÃO DE PONTA DE DEDO [1]

CID10 S611 FERIM DE DEDOS C/LESAO DA UNHA [1]

Plano Terapêutico REGULARIZAÇÃO DE PONTA DE DEDO [1]

RESUMO CLÍNICO

Evolução E Intercorrências EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS [1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada REGULARIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 3ºQDDE [1]

Cirurgião DR. CARLOS ALBERTO MARQUES [1]

Tipo De Anestesia / Sedação LOCO-REGIONAL [1]

Data da Cirurgia 17/02/2019 [1]

PRINCIPAIS EXAMES / RESULTADOS

Raios-X RADIOGRAFIAS DA MÃO ESQUERDA [1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

21/02/2019 10:46

Paciente:	PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	Dt. Nasc.:	05/05/1989	Atendimento:	56997308	Prontuário:	14957064
Convênio:	HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto:	SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Lato:	01-JP/1		
Profissional(is):	BRUNA MAYARA DANTAS DE MEDEIROS - ENFERMEIRO(A) COREN:344716	[1]		Nº:	34151919	18/02/2019	às 09:23
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM							
Evolução de enfermagem		pct preso em sistema.					[1]
DISPOSITIVOS							
Sem Dispositivos Invasivos		Sim					[1]

HOSPITAL GERAL
DA PARAIBA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	DATA: 17/02/2019
CIRURGIÃO: DR. CARLOS ALBERTO MARQUES	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR:	º AUXILIAR:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE PONTA DE DEDO 3º QDE + ESMAGAMENTO DA EXTREMIDADE	DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA: REGULARIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PONTA DE DEDO	CIRURGIA REALIZADA: O MESMO
INSTRUMENTADOR: EDCARLOS	AUX CIRC: LUCIANA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1. POSICIONAMENTO DO PACIENTE
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CONFORME HABITUAL PARA MSE. GARROTEAMENTO DO DEDO.
4. ACESSO MEDOLATERAL SOBRE INCISÃO PRÉVIA
5. DISSECÇÃO POR PLANOS E REALIZADA MICRONEURÓLISE DO NERVO DIGITAL ULNAR
6. IDENTIFICADO DE FRATURA MULTIFRAGMENTAR DA FALANGE DISTAL DO 3º QDE
7. RESEÇÃO DE FALANGE DISTAL DO 3º QDE E DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
8. LAVAGEM COPIOSA COM SF E SUTURA DA PELE
9. SOLTURA DO GARROTE COM 30 MIN DE PROCEDIMENTO E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL.
10. CURATIVO OCCLUSIVO
11. RX DE CONTROLE
12. TALA TIPO LUVA



CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

17/02/2019 05:13

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	Dt. Nasc.: 05/05/1989	Atendimento: 56997308	Prontuário: 14957064
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA	Leito: 01-JP/1
Profissional(is): LUCIANA TEREZA DE ANDRADE TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1245928 [1]		Nº: 34105695	17/02/2019 às 04:43

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não se aplica.	[1]
Via Aérea Difícil	Não se aplica.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Não se aplica.	[1]
Kit Cirúrgico Completo Em Sala	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	sim.	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	NÃO SE APLICA.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	sim.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	sim.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	NÃO.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Não se aplica.	[1]
Paciente Certo	sim.	[1]
Procedimento	sim.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	sim.	[1]
Checagem Completa Dos Equipamentos	sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Não se aplica.	[1]
Checagem Completa Das Medicações Anestésicas	sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	NÃO.	[1]
As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas	sim.	[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados	sim.	[1]
As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compresas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	Não se aplica.	[1]

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

17/02/2019 05:13

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA Dt. Nasc.: 05/05/1989 Atendimento: 56997308 Prontuário: 14957064
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Ponto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: 01-JP/1

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião	sim.	[1]
A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente	sim.	[1]
Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento	sim.	[1]

Luciana Teresa de Andrade
COREN-PB 001245926-TE

FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

17/02/2019 06:08

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	Dt Nasc.: 05/05/1989	Atendimento: 56997308	Prontuário: 14957064	
Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Pasta: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: 01-JP/1			
Profissional(is): LUCIANA TEREZA DE ANDRADE TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 1245928 [1]	Nº: 34105701	17/02/2019	às 04:49	
PRE-OPERATÓRIO				
Nome, dosagem, frequência	nao	[1]		
Alergia- Descrição	nao	[1]		
INTRA-OPERATÓRIO				
Responsável Pelo Recebimento	luciana	[1]		
Hora	03:40hs	[1]		
Sala	02	[1]		
Condições Da Pele ao Início da Cirurgia	com escoriações em MIE E FRATURA EXPOSTA EM MSE DEDOS	[1]		
Início Da Anestesia	LOCAL	[1]		
Término Da Anestesia	LOCAL	[1]		
Início Da Cirurgia	04:00HS	[1]		
Circulante	LUCIANA E EDCARLOS	[1]		
Posição do paciente durante o ato operatório	DORSAL.	[1]		
Membro Ou Lado A Ser Operado	MÃO ESQUERDA	[1]		
Número Inicial De Compressas	15 UD	[1]		
Número Total De Compressas Inseridas	15 UD	[1]		
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]		
Medicações/hora	NAO	[1]		
Clorexedine Alcoólico	Sim	[1]		
PVPI Degermante	Sim	[1]		
Álcool	Sim	[1]		
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	ESCORIAÇÕES	[1]		
Grau De Contaminação	LIMPA.	[1]		
Encaminhamento Do Paciente	SRPA.	[1]		
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS				
Observação	PAJIENTE ADMITIDA NO C. CIRURGICO, ENCAMINHADODA URGENCIA, PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE AMPUTAÇÃO DE DEDO NA MÃO ESQUERDA. CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, SOB ANESTESIA LOCAL, FEITA PELO O DR. CARLOS ALBERTO, O MESMO REALIZOU AO PROCEDIMENTO, REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS. ENCAMINHADO URGENCIA SEGUÉ AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM			[1]
Intercorrelências	SEM	[1]		
Incidio Cirúrgica	SIM	[1]		

Luciana Tereza de Andrade
COREN-PB 001245928-TE

GUIA DE SERVICO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT N° 384819

1 - Identificação do Beneficiário	3 - N. Guia Principal 38481955	Prioridade PRIORIDADE ALTA	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade do Serviço			
Carteira 014028029	9 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO		10 - Validade da Carteira	11 - Nome: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	12 - Número do Plano			
TRATADO SOLICITANTE Operadora/CNPJ/CPF 008844	14 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP							
Profissional Solicitante LIBERTO MARQUES VIEIRA			17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 6902				
CITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS			DI CONSULTA / TRABALHO CRM/PB/008844 TEU/1234567890					
a - Solicitação 01:49	22 - Caráter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 S626	24 - Indicação Clínica FRAT DE OUTR DEDOS					
0 - Código do Procedimento 54010101	27 - Descrição DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO							
TRATADO EXECUTANTE								
Operadora/CNPJ/CPF 72	31 - Nome do Contratado CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	32 - T. Leg.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cód. IBGE		
radutor/CNPJ/CPF ou E-mail								
MENTO								
Item Número 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar SADT Intimado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva			47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros		48 - Tipo de Saída 1 - R 4 - I			
ca guida C-Cronica	50 - Tempo de Doença A-Anos M-Meses D-Dias							
E EXAMES REALIZADOS								
52 - Hora Inicial /2019 11:00	53 - Hora Final 11:00	54 - Tab.	55 - Código do Procedimento 54010101 DEBRIDAMENTO DE TECI	57 - Orte	58 - Via	59 - Tel.	60 - % Red. / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$
				1				

ura do Procedimentos em Série	3 - L I L I L I L I	5 - L I L I L I L I	7 - L I L I L I L I	9 - L I	
	4 - L I L I L I L I	6 - L I L I L I L I	8 - L I L I L I L I	10 - L I	
AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO					
Vencido - R\$	66 - Total Taxas e Aluguel - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Medicinais - R\$
ura do Solicitante 319	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/02/2019		89 - Data e Assinatura do Profissional 17/02/2019



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	Dt. Nasc.: 05/05/1969	Atendimento: 56997
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Nº Prescrição: 20391542	18/02/2019 às 09:23
Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA - HGP	Leito: 01-JP/1	Prontuário: 14957
1. DIETA GERAL-ADULTO / HIPOSSODICA	24/24h ORAL	Peso: 70.00
2. PROFENID CAPS / COMPRIMIDO (50.00mg)	50 mg 1 CAPS (C/50MG)	24/24h ORAL SN
3. Alta em: 18/02/2019	ALTA MELHORADO	
Alta dada por:	JOAO RODOLFO CAVALCANTI ANDRADE DE ARAUJO	
4. Alta em: 18/02/2019	ALTA MELHORADO	
Alta dada por:	JOAO RODOLFO CAVALCANTI ANDRADE DE ARAUJO	

Profissionais CRM-6594 JOAO RODOLFO CAVALCANTI ANDRADE DE ARAUJO

**HOSPITAL GERAL
DA PARAIBA**

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	DATA: 17/02/2019
CIRURGIÃO: DR. CARLOS ALBERTO MARQUES	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR:	º AUXILIAR:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE PONTA DE DEDO 3º QDE + ESMAGAMENTO DA EXTREMIDADE	DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA: REGULARIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PONTA DE DEDO	CIRURGIA REALIZADA: O MESMO
INSTRUMENTADOR: EDCARLOS	AUX CIRC: LUCIANA

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

1. POSICIONAMENTO DO PACIENTE
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CONFORME HABITUAL PARA MSE. GARROTEAMENTO DO DEDO.
4. ACESSO MEDIALATERAL SOBRE INCISÃO PRÉVIA
5. DISSECÇÃO POR PLANOS E REALIZADA MICRONEURÓLISE DO NERVO DIGITAL ULNAR
6. IDENTIFICADO DE FRATURA MÚLTIFRAGMENTAR DA FALANGE DISTAL DO 3º QDE
7. RESECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO 3º QDE E DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
8. LAVAGEM COPIOSA COM SF E SUTURA DA PELE
9. SOLTURA DO GARROTE COM 30 MIN DE PROCEDIMENTO E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL.
10. CURATIVO OCCLUSIVO
11. RX DE CONTROLE
12. TALA TIPO LUVA







DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HGP

HOSPITAL REGIONAL
DA PARAÍBA

Nº Pedido: 29434400

Data 17/02/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 14957064 PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Nascimento.: 05/05/1989 Sexo: F

CPF.: 10655941436

Endereço.: R PINHEIRO DO PARANÁ 58 PARATIBA JOÃO PESSOA PB 58062278 Tel.: 987323949

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Matrícula.: 01UUB000014028029

Solicitante: Dr(a) CARLOS ALBERTO MARQ

Queixa Principal:

ESMAGAMENTO

Exame:

RX MAO OU QUIRODACTILOS - ESQUERDO

! [ál+8"

5699730821

RELATÓRIO:

Presença de fraturas em metacarpos do terceiro e quarto dedos e em falange média do segundo dedo.

Amputação da falange distal do terceiro dedo.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

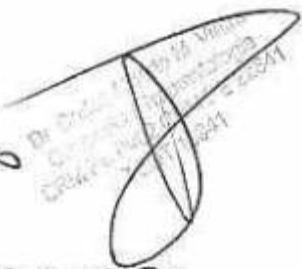
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



P/ PAVIA ROSSANA RABOIA DT

SMUR

(ANDA MÉDICO →)



PACIENTES VITIMA DE ACIDENTE

MOTO-CACHORRO (ANIMAL) EM 16/02/19.

OS RESULTADOS SÃO OS EXPOSTOS DA
EXAMINE DENTAL DO 3º ALVAREZ LO ESGUicho
DO, Sendo FECHADA DA EXAMINE MÉDICA
DO 2º ALVAREZ LO ESGUicho E Sendo
DO 3º E 4º MÉTACRÓPOS FECHADA. REALIZADO
O TRATAMENTO CONVENCIONAL DA FRACTURA
EXPOSTA DA EXAMINE DENTAL DO 3º ALVAREZ
LO ESGUicho (RESEGUICHADA EM AMPUTA-
ÇÃO MÁYUSCA) ~~ED: 561-1, 562-0~~
~~562-3~~

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Reunião): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2732 - Call Center (+Odonto, Interior): 0300 313 0004

/hapvida.saude @Hapvidesaude

www.hapvida.com.br

17/02/19.



BÍBLIA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
MÍDIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE PESQUISA CIENTÍFICA,
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO

Liberia, Possente & Da Silva

TERAPIA DE IDENTIDADE

0000
0005
0006

COMPREV
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PATRÍCIA ROSSANA BARBOSA DA SILVA
RUA PINHEIRO DO PARANÁ, 667 - AP 222 - PARATI
JOÃO PESSOA/PB/CEP: 58022-710 (AG. 1)

Enviado 29/11/2018 Referência NIVI-2018
Cassio Siqueira RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFA
Número: 26 - 5. Faz. 4126 1º andar 20000719

ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 - Centro de Referência - João Pessoa/PB - CEP 58010-000
(031) 99 061-1121/3001-42... no Edif. 5015 580-2
Sist. eod/1/Centro de Energia Elétrica/PB/5816130
Cód para PB: Antônio Vieira: 3001134241

www.energia.com.br | Chama ENERGIA 0800 083 0196 | Acesse: www.energia.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	29/11/2018	31/12/2018	106.568.414-36 Nº EP:

UC (Unidade Consumidora): 511794741-7

Canal de contato

Expediente de apresentação da Procuradoria 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data 2011/10	Lectura 7775	Data 2011/10	Lectura 7782		1	60		22
Demonstrativo								
001	Descrição	Cumprido	Tardado	Vazão	Encerrado	Abs.	Consumo	Consumo
0001	Consumo kWh/m³	89.000	3.822,23	70,54	23	17,64	70,54	5,55
0001	Adic. B. Vermelho			0,14	0,14	0,00	0,14	0,00
0001	Adic. B. Amarelo			1,20	1,20	0,29	1,20	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIB.SERV.LUM.PÚBLICA	2,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	JUROS DE MORA 02/2011	1,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2011	0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0055	MULTA 10/2011	0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0056	MULTA 1/2011	0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0025	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2010	1,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2010	0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

ANSWER: $\frac{1}{2} \pi r^2 h$

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

06/12/2018

Historico de Consumo (kWh)

R\$ 79,26

BAILEY HAD A BLIND

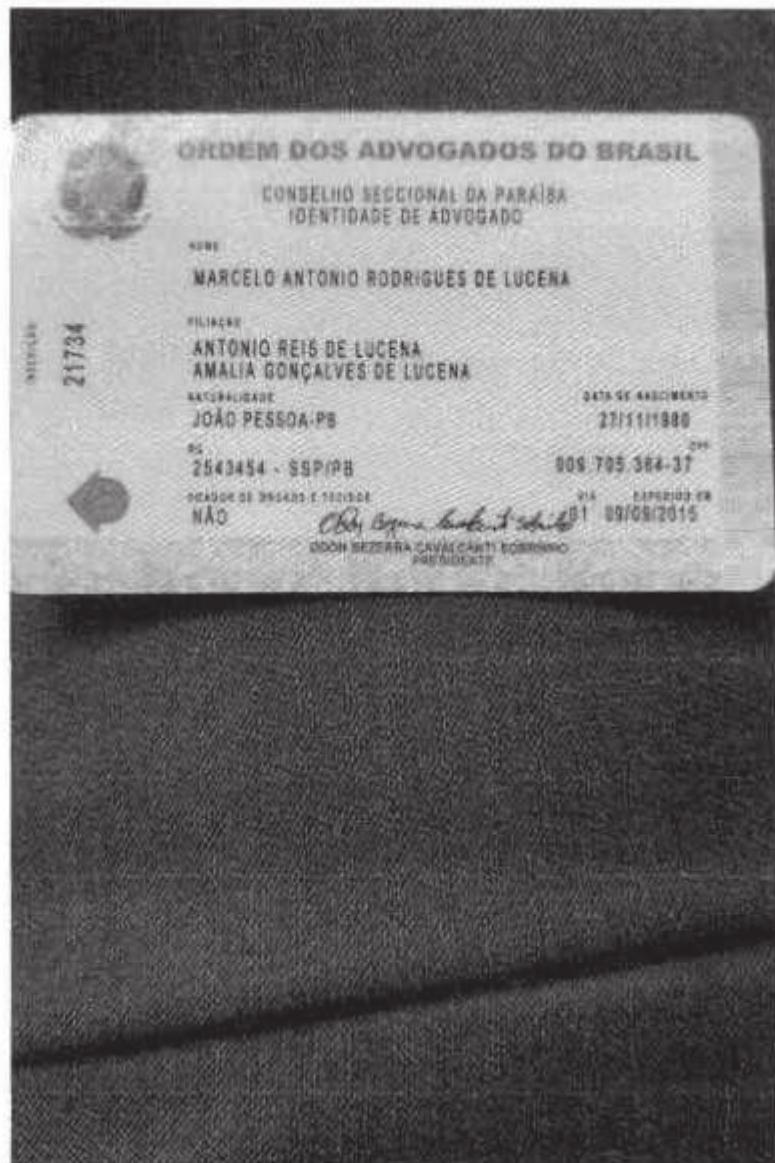
-21d 8c68 8a3a 2d97 4627 0f6a fe3a a322

Família do Consumo

Indicadores de Qualidade				
Límites do ZONEAR	Aparado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (%)
8.21	8.09	NORMA	220	100,00
12.62			Excesso de Tensão	0,00
21.25			Falta de Tensão	0,00
9,97	9,97	CONTRATADA	Mistura Direta e Encadeada	0,00
6,60	6,60	LÍMITE INFERIOR	Otimizado	0,00
				79,56
				100,00

ATENÇÃO

Set/16 71,56
- 30. Preenchendo em branco DEBITOS AUTORIZADOS - com dados a serem
informados no momento da abertura de uma conta bancaria ou
de um novo tipo de credito de banco. O resultado é que o cliente
não pode sacar dinheiro de sua conta bancaria, nem transferir
dinheiro para outras contas. At. 37. Pág. 414 - ANEIS.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE
DETAN - PB N° 014201541424
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRF 2019030001503-3
VIA COD. RENAVAM H.NTR.C EXERCÍCIO:
1 0108958267-3 00/03000000 2018

NOME
NELSON CORREIA DA SILVA

CPF/CNPJ — PLACA
08043216479 QFL6906/PB

PLACA ANT. UF CHASSI
NOVO PB SC2KC2200GR062864

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN DCI

ANO FAB. / CAT. / CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2016 9 PARTIC VERMELHA

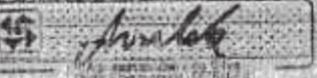
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENDE / COTAS
I 00/00/0000 1^o
P 2^o
V FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 3^o
A ***** 3

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** * * * * SEGURO P A G O 08/11/2018

OBSEVAÇÕES
A.F ADM. DE CONC. NACION. HONDA LTDA

RESERVA 0

ITABATANA-PB LOCAL 08/11/2018

41055  40720

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 014201541424 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO
2018 08/11/2018

— PLACA —
QFL6906/PB

— CPF / CNPJ —
1 08043216479

— RENAVAM —
1000582673

— MARCA / MODELO —
HONDA/CG 160 FAN DCI

— ANO FAB. —
2016

— CAT. / CATEGORIA —
9

— Nº CHASSI —
9C2KC2200GR062864

PRÉMIO TARIFÁRIO

FINS IRS:	DOCAIRAN IRS:	CUSTO DO SEGURO
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$):
***** * * * * SEGURO P A G O

PAGAMENTO — DATA DE OUTAÇAO
S COTA ÚNICA PARCELA 00 08/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.806/0001-04

40720-1051250-20181108



Romualdo F. de Souza
AGI - Mat. 135.8375
Polícia Civil - J. Pessoa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421269 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO 3º E 4º METACARPOS ESQUERDO. P25
FRATURA DA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO. P25
ESMAGAMENTO DA FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO. P9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DA MÃO ESQUERDA, DEMAIS CONSERVADOR. P13/17/23
ALTA.

Sequelas permanentes: AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DA MÃO ESQUERDA E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421269 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 17/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO 3º E 4º METACARPOS ESQUERDO. P25
FRATURA DA FALANGE MÉDIA DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P25
ESMAGAMENTO DA FALANGE DISTAL DO 3º QUIRODÁCTILOS ESQUERDO. P9

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA, DEMAIS CONSERVADOR. P13/17/23 ALTA.

Sequelas permanentes: AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DA MÃO ESQUERDA E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Paula Rossane Barbosa de Sá
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Comerciante
Identidade: 3516305 CPF: 106.559.414-36
Endereço: Av. Pinheiro do Paranaíba 697, apt 301

OUTORGADO:

Nome: Miguel Antônio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Sposado
Profissão: Advogado
Identidade: 017368 OAB-PB CPF: 009.905.364-37
Endereço: R. Prof. Oswaldo de Mendonça 360



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Paula Rossane Barbosa de Sá
Data do sinistro: 17/02/2019 Natureza: Invalidez e Danos

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

ASSINATURA Paulo Rossone Barros de Souza
(reconhecer firma por autenticidade)

A Paulo Rossone Borlense da Silva
(representante firmado por autenticidade)

Local e data



2º OFÍCIO DE NOTAS

Edu. Roman Valente Biblioteca - Unimed
Av. Engenheiro D. Ruy, 40 - Maraponga - 59015-900 Fortaleza-CE
CEP: 59058-002 - Fone: (85) 3226-4100 - 3229-0950.

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-029696

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE:
PALLA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Dou Sr. em testemunho da verdade. João Pires - PB. 04/07/2019 15:47:06

SELO DIGITAL: AVVI 18115-WKGZ

Contra a autoridade de Deus, que é sempre a verdadeira.

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233135/19

Número do Sinistro: 3190421269

Vítima: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

CPF: 106.559.414-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/02/2019

Titular do CPF: PAULA ROSSANE
BARBOSA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA : 106.559.414-36

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/07/2019

Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

CPF: 009.705.364-37

Data do cadastramento: 16/07/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA