

---

**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

---

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



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, retorne 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](http://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: ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 106559 414 - 36 3 - CPF da vítima: 697 4 - Nome completo da vítima: Paulo Rossane Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Rossane Barbosa da Silva 6 - CPF: 106559 414 - 36  
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: Av. Pinheiro do Paraná 9 - Número: 697 10 - Complemento: apt 301  
11 - Bairro: Paratibe 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58062-270  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 98761 7832

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:    CONTA:     
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Itau  
AGÊNCIA: 8757    CONTA: 24356     
(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.

## 22 - 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 30 dias.

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 ou não de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não interfere na minha responsabilidade com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva  
24 - Quantidade de beneficiários: 25 - Vítima deixou algum patrimônio? ☐ Sim ☐ Não  
26 - Se a vítima deixou algum patrimônio, qual o nome e endereço: 27 - Se a vítima deixou algum patrimônio, qual o nome e endereço:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou patrimônio (valor)? ☐ Sim ☐ Não  
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou patrimônio (valor)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso verificada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

34 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido: 38 - Nome: 39 - CPF: 40 - Local e Data: João Pessoa 09 julho 2019  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Promotor (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 Nº 0021/2019, cujo teor passo a transcrever na íntegra, **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 escrevão (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 Nº** 3.515.305 - SSP/PB, **CPF Nº** 106.559.414-36.

**ESCOLARIDADE:** ENSINO MÉDIO COMPLETO.

**OCUPAÇÃO:** AUXILIAR LOGÍSTICAS.

**ESTADO CIVIL:** CASADA.

**ENDEREÇO:** RUA PINHEIRO DO PARANÁ, S/N, APARTAMENTO Nº 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 FABRICAÇÃO E ANO MODELO: 2016/2016, RENAVAM: 0108958267-3, CHASSI: 9C2KC2200GR062864, COMBUSTIVEL FLEXE: ALCO/GASOLINA, QUE AFIRMA O DECLARANTE QUE AO DESVIAR DE UM CACHORRO DE PORTE GRANDE, O CONDUTOR IA 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 MÃO ESQUERDA, E UMA AMPUTACÃO 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, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVEA CONSTAR, OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVEA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR VERDADE SOBRE FATO JURICAMENTE RELEVANTE: PENA - RECLUSÃO DE UM A TRÊS ANOS, E MULTA, SE O DOCUMENTO É PÚBLICO, E RECLUSÃO DE UM A TRÊS ANOS, E MULTA, SE O DOCUMENTO É PARTICULAR"

NOTIFICANTE

*Paula Rossane Barbosa*

ESCRIVÃO

*[Assinatura]*

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

10 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AGI JOÃO PESSOA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 106559 414 - 36 3 - CPF da vítima: 697 4 - Nome completo da vítima: Paulo Rossane Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Rossane Barbosa da Silva 6 - CPF: 106559 414 - 36  
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: Av. Pinheiro do Paraná 9 - Número: 697 10 - Complemento: apt 301  
11 - Bairro: Paratibe 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58062-270  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 98761 7832

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00 ☐ 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:    CONTA:     
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Itau  
AGÊNCIA: 8757    CONTA: 24356     
(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.

## 22 - 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 30 dias.

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 ou não de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não interfere na minha responsabilidade com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva  
24 - Quantidade de beneficiários: 25 - Vítima deixou algum patrimônio? ☐ Sim ☐ Não  
26 - Se a vítima deixou algum patrimônio, qual o nome e endereço completo:  
27 - Se a vítima deixou algum patrimônio, qual o nome e endereço completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou patrimônio (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou patrimônio (valores)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso verificada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

34 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido: 38 - Nome: 39 - CPF: 40 - Local e Data: João Pessoa 09 julho 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Promotor (se houver):



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
AV. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## 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 (Ortotrauma - 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

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
10 JUL. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

# ITAÚ – 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 PINHEIRO DO PARANA, 8977 AP 202 - PARATIBE  
JOAO PESSOA / PB CEP: 55062276 (A.O. 1)

Emissão: 29/11/2018 Referência: Nov / 2018

Canal/Suporte: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-220, 4m 26; Círculo Redentor-João Pessoa/PB-CEP 55061-180  
Roteiro: 15-5-830-4128 Nº medidor: 00009733053



ENERGISA PARABÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.065.180/0001-49, Ins. Est. 16.015.928-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Simples Nº 015476 210  
Cód. para Deb. Automática: 00017947417

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / RAR
Nov / 2018	29/11/2018	31/12/2018	105.658.414-36 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1794741-7

#### Canal de contato

Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reserva, apresenta-se na sua Organização NIKAR

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
30/10/18	2708	29/11/18	2710		02	29

Demonstrativo									
Ord.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Estim. Cons.	Ala.	Unid. (R\$)	Valor Cons. Prop.	Unid. (R\$)	Valor Cons. Prop.
Tributos Totais (R\$): CMR/R\$ CMG									
0001	Consumo em kWh	80.800	0.830230	70.54	70.54	25	17.04	70.54	0.85
0001	Adic. B. Vermelela			0.14	0.14	25	0.02	0.14	0.01
0001	Adic. B. Amarela			1.20	1.20	25	0.20	1.20	0.05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRE SERV. LUM. PÚBLICA			2.85	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA DE 2018			1.40	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0004	JUROS DE MORA 10/2018			0.01	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0005	MULTA 08/2018			1.20	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0005	MULTA 10/2018			0.14	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			1.88	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0.12	0.00	0	0.00	0.00	0.00

TOT. Cód. de Classificação de Tarif. TOTAL 79.26 71.88 17.02 31.09 0.07 0.12

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

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Apr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

e21d.8c68.8a3a.2d07.4627.0f6a.fe3a.e322

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
------------------	---------	----------------------	---------------	-------------	---

#### Composição do Consumo

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

# vivo

## Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berthel, 1376,  
De São Paulo  
Cidade Marquês  
CEP: 04571-906 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.558.167/0001-02  
Insc. Est.: 10630364/112  
http://www.vivo.com.br

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS  
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 990 AN 1 SL 204 BRISAMAR - 56033-410 -  
JOÃO 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: 8330245996  
Data de emissão: 03/05/2019  
Estado de instalação: Paraíba

21/05/2019  
233,29

## Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
<b>Plano Contratado / Serviços Mensais</b>	
Internet	
25 Mega Empresas ***	74,99
<b>Serviços</b>	
Outros Serviços	20,00
<b>Telefone</b>	
Serviço Brasil Empresas - Mensalidade Principal ***	60,00
Secretaria Eletrônica	0,00
<b>Total</b>	<b>154,99</b>
<b>Ligações</b>	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VCT)	0,00
<b>Total</b>	<b>0,00</b>
<b>Serviços Eventuais</b>	
Encargos (Juros/Multas)	5,22
<b>Total</b>	<b>5,22</b>
<b>Cobrança Serviços Terceiros</b>	
Prestadora Tim (103 47)	75,08
<b>Total</b>	<b>75,08</b>
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>233,29</b>

## Histórico de consumo

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

Tipo de Ligação	Março	Abril	Maio
Minutos Locais Utilizados	148:00	102:30	141:30
Lig. Nat. Longa Distância	0	89:36	49:24
Lig. Locais Celular (VCT)	4:06	2:54	30:24

## Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

## Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).

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](http://www.vivo.com.br)

O relatório detalhado está disponível

em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://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 julgo 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 pagamentos em vencimento, não cobramos encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O resarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções. Para STFC artigo 32 de Resolução Anatel nº 22/2000, para SCM artigo 48º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e 1333 (Deficientes Visuais). Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(144) PJ BL / 119 / Vivo Fibra 25 Mega Empresas (238) PA139 limitados Locais Empresas PA140 limitados Longa Distância Empresas

Desafio Assa

Autenticação Médica

Nome do Cliente

MARCELO LUCENA ADVOGADOS

Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.

Código do cliente

8999 9408 4351

Código para Cadastro de Débito Automático

899994084351-0

Número da Fatura

0833183829-0

Data de Vencimento

21/05/2019

Valor a Pagar (R\$)

233,29

# vivo

84640000002 8 33290082089 2 99940843510 8 83318382999 7

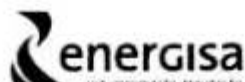


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO.

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 027.312.812



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br-238, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 08.096.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.815.823-0

## DADOS DO CLIENTE

PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA  
RUA PINHEIRO DO PARANA 697 AP 302  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1794741-7

## REFERÊNCIA

JUN/2019

## APRESENTAÇÃO

28/06/2019

## CONSUMO

89

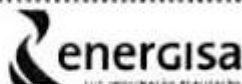
## VENCIMENTO

05/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 86,30

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Roteiro: 18-005-639-4126

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

## VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

05/07/2019

R\$ 86,30

1794741-2019-06-2



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Marcio Antonio Rodrigues de Lucena

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705364 137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Paula Rosene Barbosa de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.559.414 36

do sinistro de DPVAT cobertura Doença/malúcia da Vítima Paula Rosene Barbosa de Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.559.414 136, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prof Oswaldo de Miranda Pereira</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 206 e 207</u>
Bairro: <u>Buena Vista</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>marcelolucena.ade@gmail.com</u>		CEP: <u>58033-410</u>
		Tel.(DDD): <u>(83) 9592-2099</u>

Local e Data:

João Pessoa 09 de julho 2019

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Nelson Correia da Silva

RG nº 04986419757, data de expedição 01/10/10, Órgão PETRAN-PB,  
portador do CPF nº 080.432.164-79, com Domicílio na  
cidade de Itabaiana, no Estado de Pernambuco, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Campo Grande 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 Barbosa da Silva,  
cujo o condutor era Nelson Correia da Silva.

Veículo: Motocicleta  
Ano: 2016  
Modelo: 2016  
Placa: 0FL 6906-PB  
Chassi: 9C2KC2J006R062864  
Data do acidente: 17/02/2019

Local e data: João Pessoa 04/07/2019

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

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

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

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

CARTÓRIO  
VB  
VIEIRA BATISTA

2º OFÍCIO DE NOTAS  
JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO

Reconhecimento de Firma 2019-029698  
Reconheço por autenticidade a firma de:  
NELSON CORREIA DA SILVA  
Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 04/07/2019 15:56  
EMOL: R\$ 9,91 ITPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AIV11817-8QJ9  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



## 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 às 00H32min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em joelho e mão esquerdas.

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

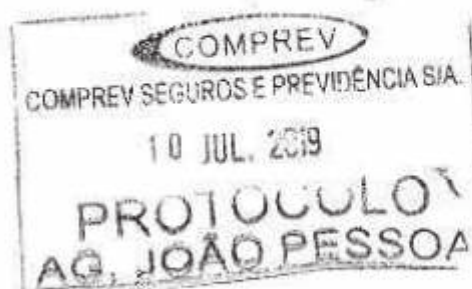
E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de abril de 2019



Dra. Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM-PB 4516

Médica  
CRM/PB 4516



RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Data: 17/02/2019

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Hora: 00:32:33

FAX: ( ) - CNPJ:

Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.001999

Nome: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3515305 Fone: 987213767

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1989 Id: 29 ano(s)

End.: RUA VIGILANTE GIVANILDO GOMES, 89 CPF-106559414-36

Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSSANA BARBOSA DA SILVA

Pai: JOSE PAULO DA SILVA FILHO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SEPARADO(A)

Ocupação: DONA-DE-CASA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violencia por: QUEDA DE MOTO

[ ] Caso Policial

FATURADO

EM

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%: VAT ho' mas 10 regular

[ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO

00:40 # EIP CEPAL # Observacao

Paciente com historico de queda de moto após intropelamento de  
Fazie uso de capacete. Neg. dor, vômito de perda de

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) condutiva

A- VAP em br realça

B- Mm VVE em antro HT em P

E- Hmusclo com ta estorle D- apagar 15 P/PN E obnascos em H

limite de mont em pello E depende a limite de mont em

falas disto de 3 apocodochila E

Diagnostico

Conduta

1. Rx max E
2. Arch. Gm estipado
3. ALD. EIP CEPAL

Prescricao

Horario da medicacao

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM - PB 7373

\* People

Quei can see its (F)

R 3.0 + 4.0 UTC

\* F-3.0 QRT

R caple 3.0 QRT (F)

CP: Ao blocs large

Dr. Giacomo Da Freitas  
CRM 186.543  
Ortopedia - Traumatologia

## TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Ressane 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, 17, 08, 19.

Ressane Barbosa da Silva (genitora do paciente)  
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável

\_\_\_\_\_  
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

## D E C L A R A Ç Ã O

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.

*Unidade Unimed Traumat. de João Pessoa Ltda.*

  
\_\_\_\_\_  
**Everton Pereira de Carvalho**  
Faturista



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	Carteira Profissional	Estado Civil	
	10655941436		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	Matricula	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	Plano LIDER COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA	
1622-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
01UUB000014028029		

### DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
38481955	54010101	000180492	DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

17/02/2019 02:5



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

Dt. Nasc.: 05/05/1989

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

HAPVIDA

Profissional: CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
CRM 6902

Nº: 34104917

17/02/2019 às 02:55

Idto:

## 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 ESQUEDO GLASGOW 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

S826 FRAT DE OUTR DEDOS

Diagnóstico Inicial

99 &lt;CID10 NÃO AGRUPADOS&gt;

## EXAME FÍSICO

Abertura Ocular

4

Nível De Consciência

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 ESQUEDO GLASGOW 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

S826 FRAT DE OUTR DEDOS

CID10

S826 FRAT DE OUTR DEDOS

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

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 Nº 20375009

Peso Registrado: Kg

1- CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR

1

1 Vez

CRM-6902

2- DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

1

1 Vez

CRM-6902

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira  
CRM 6902 / ROR 22841  
TESTE US41

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Dt. Nasc.: 05/05/1989

Atendimento: 58997206

Prontuário: 14957064

Convênio: HAP/VIDA JOAO PESSOA

113611

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Dr. CLAUDIO ROSSANE BARBOSA DA SILVA  
CRM 85422 CRM 12341



N° KIT: 4599110

## PRÉ-NOTA

N° KIT: 4599110

Atendimento:	56997308	Prontuário:	14957064	PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	HAPVIDA JOAO R
Cirurgia Prog.:	41060033	EXERESE DE TUMOR DE PELE		Cirurgia Realizada:	Fratura exposta R156
Sala Cirúrgica:	SALA 02 - CC			Setor Emitente: FARMACIA CENTRO CIRURGICO - HGP	
Equipe Médica:	CIRURGIAO		Dre Carlos Alberto		
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO		—		
	SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO		—		
	TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO		—		
	ANESTESISTA		Tourenna Andrade + Ed Carlos		
	CIRCULANTE				
	INSTRUMENTADORA				

[illegible]

Data: 17/02/2019

Pág. 1 de 1

Luciana Tereza de Andrade

COREN-FB 001245928-TE

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



<b>Atendimento:</b>	56967306	<b>Prontuário:</b>	14957064	PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA	HAPVIDA JOAO P
<b>Cirurgia(s) :</b>	54010101	DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO		<b>Tipo Anestesia:</b>	LOCAL
<b>Sala Cirúrgica:</b>	SALA 02 - CC		<b>Sector Emissor:</b>	FARMACIA CENTRO CIRURGICO -	<b>Apto.:</b> 01-JP
<b>Equipe Médica:</b>	CIRURGIAO	905364	CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	CRM	6902
	CIRCULANTE	3726096	JOSE EDCARLOS PINHEIRO MOREIRA	COREN	1303686

[illegible]

**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
INSRUMENTADOR: EDCARLOS	AUX CIRC: LUCIANA

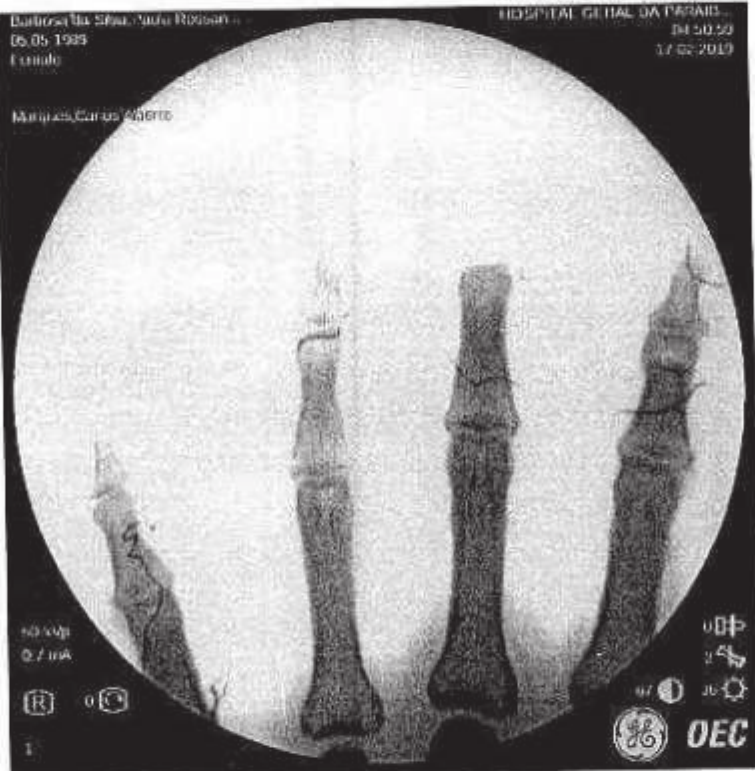
DESCRIÇÃO DE CIRURGIA
1. POSICIONAMENTO DO PACIENTE
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CONFORME HABITUAL PARA MSE. GARROTEAMENTO DO DEDO.
4. ACESSO MEDIOLATERAL SOBRE INCISÃO PRÉVIA
5. DISSECÇÃO POR PLANOS E REALIZADA MICRONEURÓLISE DO NERVO DIGITAL ULNAR
6. IDENTIFICADO DE FRATURA MULTIFRAGMENTAR DA FALANGE DISTAL DO 3º QDE
7. RESECÇÃO DE FALANGE DISTAL DO 3º QDE E DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DOSTECIDOS 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. Carlos Alberto Marques  
CRM: 081243 M PE 22341  
17/02/2019

Doutora Da Silva, Andre Rogério  
06.05.1993  
Femur

HOSPITAL GERAL DA PARANÁ  
04.50.59  
17.02.2019

Martins, Carlos Roberto



50 kVp  
0.7 mA

(R) (C)

1

0.01

1.0

10.0

100.0



DEC

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	S811 FERIM DE DEDOS C/LESÃO 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 3º QDDE	[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]
---------	------------------------------	-----

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	Leito:	01-JP/1		
Profissional(is):	BRUNA MAYARA DANTAS DE MEDEIROS - ENFERMEIRO(A) - COREN: 344716			Nº:	34151919	18/02/2019	às 09:23
[1]							
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>							
Evolução de enfermagem		pct preso em sistema.				[1]	
<b>DISPOSITIVOS</b>							
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
INSRUMENTADOR: 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 MEDIOLATERAL 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 DOSTECIDOS 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. Carlos Alberto M. Vieira  
CRM 8932 - R.M.F.E 22644  
1701 1004

# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

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, TÉCNICA DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 34105695 17/02/2019 às 04:43  
1245928 (1)

## 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 Cirurgico 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]
Antibiótico profilaxia 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, Compressas E Agulhas Estão Corretas	sim.	[1]
Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente	Não se aplica.	[1]

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	

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 Tereza de Andrade  
COREN-PE 001245028-TE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

17/02/2019 06:08

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-TE	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 Inicio da cirurgia	com escoriações em ME E FRATURA EXPOSTA EM MSE DEDOS	[1]
Inicio Da Anestesia	LOCAL	[1]
Término Da Anestesia	LOCAL	[1]
Inicio 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]
Numero Inicial De Compressas	15 UD	[1]
Numero Total De Compressas Inseridas	15 UD	[1]
Contagem Final De Compressas	15 UD	[1]
Medicações/hora	NAO	[1]
Clorexidine Alcoólico	Sim	[1]
PVPI Degermante	Sim	[1]
Alcool	Sim	[1]
Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia	ESCORIAÇÕES	[1]
Grau De Contaminação	LIMPA	[1]
Encaminhamento Do Paciente	SRPA	[1]
OBSERVAÇÕES / INTERCORRÊNCIAS		
Observação	PACIENTE ADMITIDA NO C. CIRURGICO, ENCAMINHADA URGENCIA, PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE AMPUTACAO 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 INTERCORRÊNCIAS. ENCAMINHADO URGENCIA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	[1]
Intercorrências	SEM	[1]
Incisão Cirúrgica	SIM	[1]

Luciana Tereza de Andrade  
COREN 1245928-TE

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 384819

3 - N. Guia Principal 384B1955		Prioridade PRIORIDADE ALTA		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		
7 - Beneficiário 014028029		9 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO		10 - Validade da Carteira		11 - Nome PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA			12 - Número	
13 - Tratado Solicitante Jperidoral/CNPJ/CPF 008344		14 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP								
15 - Profissional Solicitante LBERTO MARQUES VIEIRA						17 - Conselho Profissional CRM		18 - Número no Conselho 6902		
19 - Cidades/Procedimentos e Exames Solicitados										
20 - Solicitação 01:49		22 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - CID 10 S626		24 - Indicação Clínica FRAT DE OUTR DEDOS				
25 - Código do Procedimento 54010101		27 - Descrição DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO								

TATADO EXECUTANTE																	
prestadora/CNPJ/CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T. Leg.		33-34-35- Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF		38-Cod. IBGE					
prestadora/CNPJ/CPF do Emissor		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CB							
72		CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA		CRM		6902		PB									
DÍGMENTO																	
01- Cirurgia 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04- Consulta 05- Exame 06- Atendimento Domiciliar 07- SADI 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 Sida																	
1 - P 4 - In																	
ca		50- Tempo da Doença															
guês C- Crônicas		A- Anos M- Meses D- Dias															
E EXAMES REALIZADOS																	
52 - Hora Inicial		53 - Hora Final		54 - Tab		55 - Código do Procedimento		57 - Qte		58 - Via		59 - Tec		60 - % Red. / Acrescimo		61 - Valor Unitário - R\$	
/2019						54010101 DEBRIDAMENTO DE TECI		1									

1 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		3 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		5 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		7 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		9 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019	
2 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		4 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		6 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		8 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019		10 - Data de Procedimento em Solicitação 01/01/2019	
AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO									
60 - Total Taxas e Aluguéis - R\$ 00,00	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$ 00,00	67 - Total Materiais - R\$ 00,00	68 - Total Medicamentos - R\$ 00,00	69 - Total Diárias - R\$ 00,00	70 - Total Gases Médicos - R\$ 00,00	71 - Total Gases Médicos - R\$ 00,00			
87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 01/01/2019		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/02/2019		89 - Data e Assinatura do Prestador 17/02/2019		90 - Data e Assinatura do Prestador 17/02/2019			

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA		Dt. Nasc.: 05/05/1989		Atendimento: 5699	
Convenio:HAPVIDA JOAO PESSOA		Nº Prescrição: 20391542		18/02/2019 às 09:23	
Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA - HGP		Leito: 01-JP/1		Prontuário: 1495	
				Peso: 70.00	
1. DIETA GERAL-ADULTO / HIPOSSODICA		24/24h		ORAL	
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
INSRUMENTADOR: 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 MEDIOLATERAL 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 DOSTECIDOS 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. Carlos Alberto Marques  
Cirurgião Geral - R. 155 - 10000-000  
CNPJ 08.000.000/0001-00  
TEOT 13000

Barbosa da Silva, Paula Rosemar  
05.05.2009  
Femur

HOSPITAL GERAL DA FAPAS  
21:50:00  
17/07/2009

Marques, Carlos Alberto



40 x 40  
0.7 mAs



Paciente...: 14957064 PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Nascimento...: 05/05/1989 Sexo: F

CPF.: 10655941436

Endereço...: R PINHEIRO DO PARANA 58 PARATIBE JOÃO PESSOA PB 58062278 Tel.: 987323949

Convenio...: HAPVIDA JOAO PESSOA

Matricula...: 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 íntegros.

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 a 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/ PAULA ROSSANE RAMBOA DA  
SILVA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE

MOTO-CACUARO (AMTUL) EM 16/07/14.

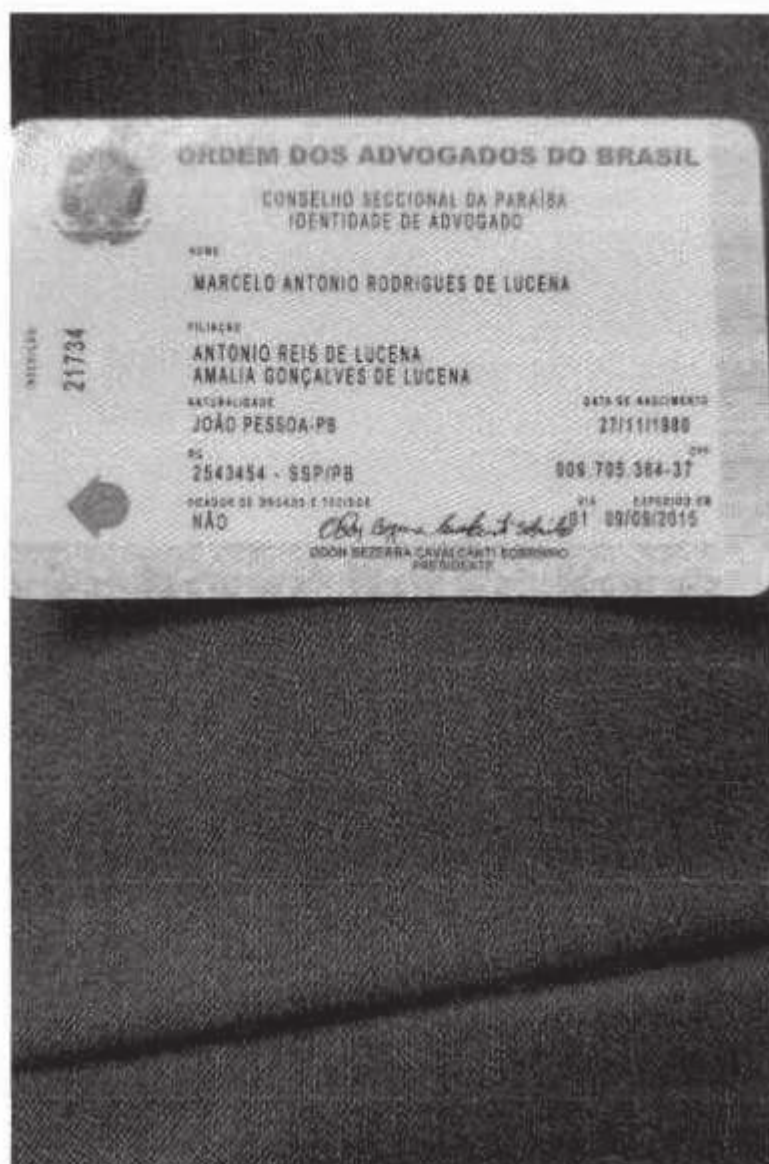
QUE RESULTOU EM FRATURAS DA  
FALANGE DISTAL DO 3º ALMOCADOLO ESQ.  
DO, FRATURAS FOCIAIS DA FALANGE MÉDIA  
DO 2º ALMOCADOLO ESQ. E FRATURAS  
DO 3º E 4º METACARPOS FOCIAIS. RESULTANDO  
O MANEJO CIRÚRGICO DA FRATURA  
EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 3º ALMO-  
CADOLO ESQ. (RECONSTRUÇÃO DA AMPUTA-  
ÇÃO MANUSCITA)

CEB: 5611, 5626, 5623  
Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633  
Call Center (+Odonto): 4002 2732 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 3094

17/07/14  
f/hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

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

terioris



USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR



OSIRIACLES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201541424  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO: 2018  
VIA: 1  
COD. RENAVAM: 0108958267-3  
R.R.T.R.C.: 00/00000000  
EXERCÍCIO: 2018

NOME: NELSON CORREIA DA SILVA

OFF/CNPJ: 08043216479  
PLACA: QFL6906/PB

PLACA ANT. UF: NOVO PB  
CHASSI: 9C2KC2200GR062864

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

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TAN ECDI  
ANO FAB: 2016  
ANO MOD: 2016

CAP/POT/OIL: 2 P/162 /CI  
CATEGORIA: PARTIC  
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 00/00/0000  
VENO: COTA UNICA: 1º  
VENO: COTAS: 2º

PADA: PVA: 3  
PARCELAMENTO: COTAS: 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO: \*\*\*\*\*  
PAGAMENTO: SEGURO  
DATA DE PAGAMENTO: 08/11/2018

OBSERVAÇÕES: A.F. ADM. DE CONC. NACION. HONDA LTDA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL: ITABAIANA-PB  
DATA: 08/11/2018

41955 40720

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 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: 2018  
DATA EMISSÃO: 08/11/2018

VIA: 1  
COD. RENAVAM: 08043216479  
PLACA: QFL6906/PB

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TAN ECDI  
ANO FAB: 2016  
ANO MOD: 2016

CHASSI: 9C2KC2200GR062864

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO: \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO: \*\*\*\*\*

PAGAMENTO: SEGURO  
DATA DE PAGAMENTO: 08/11/2018

COTA UNICA: 08/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ: 08.242.808/0001-04

40720-1051250-20181108



COMPREV SEGUROS E P  
10 JUL. 2018  
PROT. AG. JOÃO P.

*[Handwritten signature]*

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO  
EXAME NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: NELSON CORREIA DA SILVA

COC IDENTIDADE - COG EXERCÍCIO: 53619040 SSP SP

CPF: 080.432.164-75 DATA VENCIMENTO: 04/03/1987

FILIAÇÃO: JOSE CORREIA DA SILVA  
MARIA DE LOURDES NASCIMENTO DA SILVA

RECEBIMTO: ACC: 2,5

DATA DE PAGAMENTO: 01/02/2010

LOCAL: ITABAIANA - PB  
DATA EMISSÃO: 26/02/2016

15550141543  
PB032157568

# 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 Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Comerciante  
Identidade: 3515305 CPF: 106.559.414-36  
Endereço: Av. Pinheiro do Paraná 697, apt 301

### OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Souza  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado  
Profissão: Advogado  
Identidade: 217360 OAB-PB CPF: 009.705.364-32  
Endereço: R. Prof. Oswaldo de Miranda Fereira 260



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 substabelecer 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 Silva

Data do sinistro: 17/02/2019 Natureza: Invalidez e Danos

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

ASSINATURA Paula Rossane Barbosa da Silva  
(reconhecer firma por autenticidade)

João Pessoa 04/07/2019  
Local e data

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA  
2º OFÍCIO DE NOTAS  
RISTRELA DE MANGUEIRA  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelão  
Rua Eloy Pereira de Araújo, 50 - Mangueira - João Pessoa/PB  
CEP: 50050-003 - Fone: (31) 3256-4100 - 3239-0700

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-029696

Reconheço por autenticidade a firma de:  
PAULA ROSSANE BARBOSA DA SILVA

Dois ter., em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 04/07/2019 15:47:05  
EMOL: R\$ 2,91 FEPJ: R\$ 1,06 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AIV11815-VKQZ  
Confira a autenticidade em <https://seldigital.tpb.jus.br>

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019

Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA