

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

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190135695

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUELEIDE FELIPE SANTIAGO 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.**

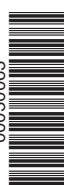
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190135695

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

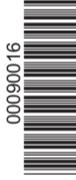
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190135695

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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, 31 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190135695**

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SUELEIDE FELIPE SANTIAGO 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 um dos membros inferiores 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: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 0000014342-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 066/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE COM MOTO
Data do fato: 25/09/2018 hora: 06h09min

Notificante: JOSE SEVERINO DA SILVA, alcunha " ", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Brejo do Cruz-PB, nascido em 26/08/1966, documento: CPF N° 037.332.404-99, RG N° 2.705.280 2ª via em 16/11/2012, filho de Rita Porcina da conceição e de Severino da Silva, endereço: Sítio Rancho do povo (vizinho ao finado Dorce), referência: 83-99622-6950.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Bel. ALARICO LOPES DA ROCHA

Vítima: **, alcunha "****", Nacionalidade: **, naturalidade: **, idade: ** **, nascido em **/**/**, cor/raça: *****, Estado Civil: ******, Profissão: **, Escolaridade: ******, documento: **, filiação: ** e de **, endereço: ***** **, referência: **. Tel/Cel:(**) **;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, conforme protuário médico que em data de 25/09/2018, por volta das 06h09min aproximadamente quando conduzia a moto de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, de cor preta, ano/modelo 2013/2013 de placas NQI-0702/PB, registrada em nome de RICARDO GOMES FERREIRA, portador do CPF N° 106.965.314-45, juntamente com sua esposa SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA, certidão de casamento n° 5.480, fls 44 Livro B11, portadora do CPF n° 046.698.384-07, RG n° 2.888.814-SSP/PB, com destino a cidade de São Bento-PB não observando que na PB 325 havia um redutor de velocidade(lombada) sem a devida sinalização, e com certa velocidade ao passar na lombada a sua esposa que vinha na garupa(carona) veio a perder o equilíbrio e ambos vieram ao solo, mas devido aos ferimentos foram socorridos para o hospital desta cidade, quanto a este notificante sofreu ferimentos leves, mas sua esposa devido aos graves ferimento que sofreu na perna esquerda a mesma foi recambiada para a cidade de Patos-PB, devido a cirurgia que realizou passou oito dias internada, ficando os mesmos prejudicados. Por esse motivo comunica o fato e pede providências. Nada mais a consignar.



Catolé do Rocha, 17 de janeiro de 2019. Às 11:30 horas.

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
JKosé Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

046.698.384-07

Nome completo da vítima:

Suelide Felipe Santiago da Silva

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

Nome completo:

Suelide Felipe Santiago da Silva

CPF:

046.698.384-07

Profissão:

motriz informada Sítio Rancho do Poço

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Catolé do Rocha

Estado:

PB

CEP:

53884-000

Tel. (DDD):

83.9.9853-0923

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3518

CONTA: 11342

8

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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



Local e Data:

Nome:

CPF:

Local e Data: Catolé do Rocha - 13/02/18

Nome: Suelide Felipe Santiago da Silva

CPF: 046.698.384-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Suelide Felipe Santiago da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

29/01/2019 HORA 14:04:10
DATA EFETIVACAO: 29/01
CONVENIO: 000112585
OPERADOR: 00011789

AGENCIA 3518
CONTA 013.00014342-8
NOME SUELEIDE FELIPE S DA SILVA
VALOR 
COD OPERACAO: 457408650

DISQUE CAIXA - 0800 726

0101 OUVIDO

RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
a fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

29/01/2019 HORA 14:04:10
DATA EFETIVACAO: 29/01
CONVENIO: 000112585
OPERADOR: 00011789

AGENCIA 3518
CONTA 013.00014342-8
NOME SUELEIDE FELIPE S DA SILVA
VALOR 
COD OPERACAO: 457408650

DISQUE CAIXA - 0800 726

0101 OUVIDO

RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A F
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
a fala: 0800 726 2492

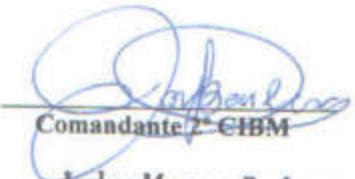
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

15 FEV. 2019



COMPANHIA INDEPENDENTE DE BOMBEIROS MILITAR
CATOLÉ DO ROCHA/PB
GABINETE DO COMANDANTE


Comandante 2º CIBM

Jarbas Meneses Barbosa
1º Ten. QOBM
Matrícula 525.944-4

CERTIDÃO

CERTIFICO para os devidos fins, que no dia VINTE E CINCO DE SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO às 05 horas e 30 minutos, foi requisitada através do serviço de emergência 193, a equipe de Resgate desta Companhia Independente de Bombeiro Militar (2ºCIBM), constituída pelo chefe de guarnição SD MORAIS, condutor SD ALMEIDA e socorrista SD MARIZ.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A guarnição foi acionada para uma ocorrência de Queda de Moto. As vítimas, de nomes SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA, de 45 ANOS e JOSÉ SEVERINO DA SILVA(CONDUTOR), de 53 ANOS, encontravam-se ao solo próximos a uma Lombada no Sítio CATOLÉ DE BAIXO, Zona Rural de CATOLÉ DO ROCHA. Ao chegar no local, a guarnição devidamente imobilizou ambas as vítimas; a primeira apresentava uma suspeita de fratura distal no MIE, e a segunda escoriações e dores no MSD. As vítimas foram conduzidas ao Hospital Regional de Catolé do Rocha, ficando sob acompanhamento médico.

Eu, TASSO VINÍCIUS BANDEIRA GALVÃO, SD QPBM Matrícula 527.420-6, escrivão que o
digitei. *Tasso Vinícius Bandeira Galvão*

CATOLÉ DO ROCHA, 25 DE SETEMBRO DE 2018.

15 FEV. 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000014342-8

Nr. da Autenticação 427AF793ECCA4E77

SUELDEIDE FELIPE SANTUARIO DA SILVA
SIT RANCHO DO POCO, S/N - AREA RURAL
CATOLE DO ROCHA / PB / CEP: 58894-000 (AG: 245)

Emissao: 14/01/2019 Referencia Jan / 2018

Classificacao: RESIDENCIAL BANCA REBIDA MONOFASICO(B300, Km 15 - Quarto Redentor - João Pessoa / PB / CEP 58071-070 CNPJ:09.056.110/0001-40 Inscrição: 16.015.723-0 Rotação: 7 - 145-141-2060 NF medidor: 00000880822



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ:09.056.110/0001-40 Inscrição: 16.015.723-0

Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica N° 01.442.076
Cód. para Déb. Automática: 05000173682

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	14/01/2019	12/02/2019	046.698.394-07 Incl. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/17368-2

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes, não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, ligue e desligue o máximo de roupa possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura			
12/12/18	5425	14/01/19	5486		45	33
Demonstrativo						
CCI - Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Cof. Alm. Irmq(R\$) ICMS Tributos Total(R\$) ICMS PerCofins(R\$) (1,0048%) IPI(0,002%)		
0801	Consumo ate 300Wn-BR	30.000	0,205120	8,16	0,00	0,00
0801	Consumo - 31 a 1000Wn-BR	11.000	0,351850	3,86	0,00	0,00
0810	Subsídio			14,94	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0999	DEBITO COMPENSAÇÃO 12/2018			6,37	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-14,94	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do item	TOTAL	0,00	0,00	24,95	0,27	1,34
Media últimos meses (kWh)						

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

34

21/01/2019

R\$ 19,88

Histórico de Consumo (kWh)

33	148	57	27	27	18	76	127	129	118	132	125
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCO

e4e6.0f8e.6830.b053.69b4.e8f4.4294.ffc7

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
DIOMENSAL	11,74	0,00	Demissão Dist. da Energia/PE	3,23	16,75
DICTRIMESTRAL	23,48	NOMINAL	Consumo de Energia	4,76	23,94
DIANUAL	48,96		Serviço de Transmissão	0,43	0,82
PCMENSAL	7,74	0,00	Encargos Bônus/Verba	0,79	9,97
EFTRIMESTRAL	19,18	CONTRATADA	Encargos Distritais e Encargos	1,51	7,60

15 FEV. 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA,

RG nº 002.309.898, data de expedição 27/07/2001, Órgão SS/RN,

CPF nº 048.720.414-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA AUSTOR GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	83-9.9936-1762 / 9.9833-0973
E-mail	jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLÉ DO ROCHA-PB : 14/02/2019

Assinatura do Declarante:

Clemilda maria de Sousa Silva

15 FEV. 2019



CAGEPA

Rua Feliciano Clime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA:
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

38837145

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FEV/2019

ROSA DA SALDANHA PEREIRA
RUA AUSTRO GONÇALVES DINIZ, 445 - TANCREDO NEVES
CATOLE DO ROCHA PB 58884-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
109.006.075.0158.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0010291	13/10/1997	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1794	1	30		06/03/2019		
HIST. CONS. /ANOR. LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 HS.		
JAN/2019	1	9	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	1	60	TURBIDEZ	45	45	45
NOV/2018	1	8	CLORO	45	45	45
OUT/2018	1	8	COL. TERMOT	0	0	0
SET/2018	1	8	COR	10	23	23
AGO/2018	1	8	COL.TOTAIS	45	45	45
MÉDIA(m ³)	1		DADOS REFERENTES A DEZ/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 07/02/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:50:41	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	1 m ³	37,91	
ESGOTO			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 21/02/2019 Total a Pagar: R\$ 37,91

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1

ANORMALIDADE: HIDR. NÃO LOCALIZADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO *** *** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
38837145	FEV/2019	21/02/2019	R\$ 37,91

82670000000 1 37910010109 4 03883714501 0 02201940003 9

15 FEV. 2019



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 COAF.²

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Cleuilia Maria de Souza Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.720.414 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Endereço: Felipe Santiago de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.698.584 / 07,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cleuilia Felipe Santiago de Silva
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.698.384 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
 Declaro Profissão: não informado Renda: 0,00 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 Austror Cancallier Diniz</u>	Número:	<u>445</u>	Complemento:	<u>bara</u>
Bairro:	<u>tancredo Neves</u>	Cidade:	<u>Batalha do Rocha</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58884-000</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data: Batalha do Rocha - 23/02/2019

Cleuilia maria de Souza Silva
 Assinatura do Declarante

15^º FEV. 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Ricardo Gomes Faria

RG nº 003.004-751, data de expedição 23/04/2008

Órgão S3P/RN, portador do CPF nº 106.965.334-45

com domicílio na cidade de Catolé do Rocha, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Romacha do Povo, nº 911

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Sueli de Felipe Santiago da Silva, cujo o condutor era José Severino da Silva.

Veículo: Moto Modelo: 2014 Ano: 2013

Placa: NQI020HPD Chassi: 9C2KC1680ER485764

Data do Acidente: 1/1/1

Local e Data: Catolé do Rocha - 08/10/2018

Ricardo Gomes Faria

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Selo Digital: AHO97311 - JUTO
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tpb.jus.br>

15 FEV. 2019

CARTEIRA RODÍGUEZ DE PAU	
Av. Presidente Vargas, 52 Centro - CEP: 58284-000 Catolé do Rocha-PB (83) 3441-1444	
RECONHEÇO que o(a) <u>Gloria Faria Pinto</u> Tutela da C. do Rocha-PB, de 10 de fevereiro de 2018 é meu(a) <u>filha</u> já vedada. Praticou a () Cecília Rodrigues de Paiva - Titular () Carlos Marques Batista - Escrivente	

Priscila Soares de Araújo
Ferreira

Carteira Rodízio de Pau
Tutela da
Gloria Faria Pinto
Carla Marques Batista
Escrivente

Eu, Ricardo Santiago da Silva,
RG nº 3247186, data de expedição 02/10/2000
Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 098.650.854-32,
com domicílio na cidade de Batalhão do Pócho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Rancho do Poço, nº 518
Complemento: Casa

Testemunha 1

1º OFÍCIO
→ Ricardo Santiago da Silva
CPF: 098.650.854-32

Local e Data: Batalhão do Pócho - 13/02/19

<small>MARTÓRIO RODRIGUES DE PAULA Av. Venâncio Neiva, 92 Centro - CEP: 58884-000 Caixa do Rocha-PB (83) 3441.1444</small>	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>RICARDO SANTIAGO DA SILVA</u> por <u>SEM LIMA R. G. A.</u> dou fé C. do Rocha-PB, <u>04</u> de <u>02</u> de <u>2019</u> Em testº (<u>Jenny</u>) da verdade. <u>JUNY SANTOS DA SILVA OLIVEIRA</u> (<input type="checkbox"/>) Celina Rodrigues de Paula - Titular (<input type="checkbox"/>) Carlos Marques Bezerra - Escrivente
--	---

Jenny Santos da Silva Oliveira
ESCRIVENTE

Selo Digital: AID14128 - IPS4
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>



Eu, Francisco Felipe,
RG nº 1949551, data de expedição 15/09/1995
Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 019.159.974-59,
com domicílio na cidade de Batalhão do Pócho, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Rancho do Poço, nº 518
Complemento: Casa

2º OFÍCIO

Testemunha 2:

→ Francisco Felipe
CPF: 019.159.974-59

Local e Data: Batalhão do Pócho - 13/02/19

<small>MARTÓRIO RODRIGUES DE PAULA Av. Venâncio Neiva, 92 Centro - CEP: 58884-000 Caixa do Rocha-PB (83) 3441.1444</small>	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>FRANCISCO FELIPE</u> por <u>C. LIMA RONI SEM LIMA R. G. A.</u> dou fé C. do Rocha-PB, <u>05</u> de <u>02</u> de <u>2019</u> Em testº (<u>Jenny</u>) da verdade. <u>JUNY SANTOS DA SILVA OLIVEIRA</u> (<input type="checkbox"/>) Celina Rodrigues de Paula - Titular (<input type="checkbox"/>) Carlos Marques Bezerra - Escrivente
--	---

Jenny Santos da Silva Oliveira
ESCRIVENTE

Selo Digital: AID14151 - 6D2Y
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>





GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA, RG: 2.888.814 SSP/PB, residente e domiciliado no Sitio: Rancho do Povo - Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Camilo Bruno Alves Ramalho - CRM - 9933, no dia 25 de Setembro de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazida pelo corpo de Bombeiros, vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos, a mesma permaneceu em observação e logo em seguida transferida para o Hospital Regional de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha - PB, 17 de Janeiro de 2019.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão - CEP: 58884-000 - Catolé do Rocha - PB
Email: hospitalregional@bol.com.br - Tel: (83) 3441-2280

15 FEV. 2019

CNES: 2592460

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO

CIDADE: CATÓLE DO ROCHA

ESTADO: PARAÍBA

Atendimento: URGENCIA

Paciente: SUELDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Mae: FRANCISCA FILHA

Endereço: 22/12/1972 Idade: 45 Cor: PARD

Profissão: SITIO RANCHO DO PIVO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306

CNS: 702-4015-6092-4621

CPF: Identidade: 2888814

Data / Hora: 25/09/2018 06:09:40 Reg. Nasc.:

Recepcionista: TATIANA M. DA COSTA

Ficha Número: 47792

UF: PB

SPO: 2 FC: 100 TEMP: 36 HGT: 160 PA: 130X50

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Sonda uretral 16 Fr. 01

Glicoxilose 1g 01 01

Voltacon Olamp 100 00.30

Dexametolamp 100 00.30

Dexametolamp 100 00.30

Sonda uretral 16 Fr. 01

Glicoxilose 1g 01 01

01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA CARÁTER DO ATENDIMENTO

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

01 - 02 - 03 - 04 - 05 -

06 - 07 - 08 - 09 - 10 -

11 - 12 - 13 - 14 - 15 -

16 - 17 - 18 - 19 - 20 -

21 - 22 - 23 - 24 - 25 -

26 - 27 - 28 - 29 - 30 -

31 - 32 - 33 - 34 - 35 -

36 - 37 - 38 - 39 - 40 -

41 - 42 - 43 - 44 - 45 -

46 - 47 - 48 - 49 - 50 -

51 - 52 - 53 - 54 - 55 -

56 - 57 - 58 - 59 - 60 -

61 - 62 - 63 - 64 - 65 -

66 - 67 - 68 - 69 - 70 -

71 - 72 - 73 - 74 - 75 -

76 - 77 - 78 - 79 - 80 -

81 - 82 - 83 - 84 - 85 -

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

ÓBITO

OUTROS

CID-10

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

ASS. dos Profissionais Assistentes - Carimbos

15 FEV. 2019

CBO

CAMILO BRUNO ALVES RAMALHO - 5933-PB - 708-0008-2018-5821

Poligar Direito

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Poligar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

Poligar Direito

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Poligar Direito

RESULTADOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
24.09.18	06:00	Pc E.G.B. consciente, orientada, comunicativa, respira, troca pelo corpo de bombeiro, vítima de queda, de imóvel (SIC), apresenta dor no tórax e (mal-estar, náusea + eructos), queixando de dor no péna e, voluntário vaga, a enfermeira interpedeira aguardando vaga.	 Ana Paula Siqueira COREN PB 7.452-EM
25.09.18	14:30	Pcte foi transferida para o hospital Regional de Patos para avaliação com Ortopedista, acompanhada da enfermeira Olívia	 Nábia Gracielle de Souza Enfermeira COREN PB 287.032

SINAIS VITAIS

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	11132	PRONTUÁRIO	7379
DATA	26/09/2018	HORA	10:05
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	KGOMES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	WAERSON JOSE DE SOUZA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA IDADE 45a 9m GÊNERO FEMININO		
FILIAÇÃO I	FRANCISCA FILHA		
FILIAÇÃO II	LUIZ FELIPE SANTIAGO		
CIDADE	CATOLE DO ROCHA	PB	58884000
ENDEREÇO	SITIO RANCHO DO Povo S/N CASA		
BAIRRO	ZONA RURAL		
NATURALIDADE	CATOLE DO ROCHA		
TELEFONE	8398666188	CELULAR	
C.N.S. P.F.	702401560924621	IDENTIDADE	2888814
NASCIMENTO	22/12/1972	REG. NAC.	
EST. CIVIL	CASADO	COR	PARDO
PROFISSÃO			

RESPONSÁVEL. LUZINETE SANTIAGO DA SILV Ass. Resp./Paciente X Luzinete Santiago da Silva

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma em MIE.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Edema + dor + inchaço de fáscia.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X*DIAGNÓSTICO *Fratura dos ossos de Paripe* CID 582.3 | 582.4

DADOS DA SAÍDA

Data 02/10/18Hora 17 H 30 Min

MOTIVO

- (Alta Curado (Alta Melhorado (Alta a Pedido
(Transferência (Evasão (Óbito

*João H. Siqueira Lira
Ortopedista e Traumatologista
C.R.O. 7417*

MÉDICO/CRM

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE SUELICE FELIPE SANTIAGO DA SILVA					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
JL 82	LEITO 802	CONVÉNIO SUS	IDADE 45	REGISTRO 7379	
CIRURGIA Ressecção + GESSO MIE		CIRURGIA D. - JUAN			
ANESTESIA		ANESTESISTA			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANUARY CARNEIRO
INSTRUMENTADORA		DATA 01/01/19	INÍCIO 15:00h	FIM 16:00h	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdo-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espanadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. n	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Suelide Felipe Santiago da Silva Ortopédico
DA CLÍNICA Ortopédico Cardiológico ENFERMARIA 8º
A CLÍNICA Ortopédico Cardiológico LEITO 302

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E SUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Cirúrgico

27.09.2018

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente Sem Fumos, Cardiologista
Núvo Dor pectoral em dupnio. Paciente
hipertensão e diab. tipo 2 faz uso de Propofol
Digo Tabagista

PA = 110 x 70 mmHg

ECG = Normal

Risco Cirúrgico = Baix o
Risco

28/09/18

DATA

Clauber de Franca
Cirurgião

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	11132	PRONTUÁRIO	7379
DATA	26/09/2018	OPERADOR	KGOMES
MÉDICO	WAERSON JOSE DE SOUZA		
PACIENTE	SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA	IDADE	45a 9m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20 ____.

15 FEV. 2019

MÉDICO/CRM

Hospital Regional de Patos - RX

000000153440

63 %

EI_s:1515 000000153440

63 %

EI_s:907



Tibia/Fibula E, AP

15/Jan/2019 15:01:22 Tibia/Fibula E, AP

15/Jan/2019 15:02:10

000000007222

SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA..., *22/Dez/1972



NEOCLÍNICA

Suoride forro Santiago M
SILVA, 45 ANOS

⊕ Pecten no joelho

01 MAR. 2019

Inteligência (83) 995218400

- Paciente sofreu acidente automobilístico, e fraturou o^o PERN^o esquerdo, sem descolamento de partes do osso da perna.
- fratura conservadora (ex: ORTHO, GESSO), evitou a conservação violenta (ex: VARA), e infecções de luxação e osteite e artrite.
- paciente recebeu auxílio DPNAT N
estando tratamento motivado.

S 82.2, T 93.2

27/02/19

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14590

MÉDICO

Hospital Regional de Patos - RX

000000153440

63 %

EI_s:1515

000000153440

63 %

EI_s:907



Tibia/Fibula E, AP

15/Jan/2019 15:01:22 Tibia/Fibula E, AP

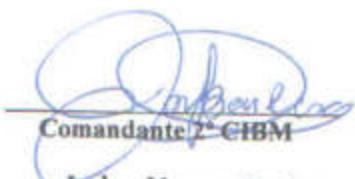
15/Jan/2019 15:02:10

000000007222

SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA..., *22/Dez/1972



COMPANHIA INDEPENDENTE DE BOMBEIROS MILITAR
CATOLÉ DO ROCHA/PB
GABINETE DO COMANDANTE


Comandante 2º CIBM

Jarbas Meneses Barbosa
1º Ten. QOBM
Matrícula 525.944-4

CERTIDÃO

CERTIFICO para os devidos fins, que no dia VINTE E CINCO DE SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO às 05 horas e 30 minutos, foi requisitada através do serviço de emergência 193, a equipe de Resgate desta Companhia Independente de Bombeiro Militar (2ºCIBM), constituída pelo chefe de guarnição SD MORAIS, condutor SD ALMEIDA e socorrista SD MARIZ.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A guarnição foi acionada para uma ocorrência de Queda de Moto. As vítimas, de nomes SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA, de 45 ANOS e JOSÉ SEVERINO DA SILVA(CONDUTOR), de 53 ANOS, encontravam-se ao solo próximos a uma Lombada no Sítio CATOLÉ DE BAIXO, Zona Rural de CATOLÉ DO ROCHA. Ao chegar no local, a guarnição devidamente imobilizou ambas as vítimas; a primeira apresentava uma suspeita de fratura distal no MIE, e a segunda escoriações e dores no MSD. As vítimas foram conduzidas ao Hospital Regional de Catolé do Rocha, ficando sob acompanhamento médico.

Eu, TASSO VINÍCIUS BANDEIRA GALVÃO, SD QPBM Matrícula 527.420-6, escrivão que o
digitei.

CATOLÉ DO ROCHA, 25 DE SETEMBRO DE 2018.

15 FEV. 2019



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, **SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA, RG: 2.888.814 SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Rancho do Povo - Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Camilo Bruno Alves Ramalho - CRM - 9933, no dia 25 de Setembro de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazida pelo corpo de Bombeiros, vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos, a mesma permaneceu em observação e logo em seguida transferida para o Hospital Regional de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha - PB, 17 de Janeiro de 2019.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão - CEP: 58884-000 - Catolé do Rocha - PB
Email: hospitalregionalcatolepb@gmail.com - Tel: (83) 3441-2280

15 FEV. 2019

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
24.09.18	06:00	<p>Pc E.G.B consciente, orientada, comunicativa, respira, troca pelo respiro de bomba, vítima de queda de moto (SIC), apresenta morango um MMSS + contusão no joelho E (realizado exame + curativo), queixando de dor em joelho E, solicitação vaga, preferiu a intubação aguardando vaga.</p> <p>Camila Aquino Silva COREN PB 7.4197-EM</p>	
25.09.18	14:30	<p>Pcte foi transferida para o hospital Regional de Patos para avaliação com Ortopedista, acompanhada da enfermeira Clávia</p> <p>Níbia Gracielle de Souza Enfermeira COREN PB 287.032</p>	

SINAIS VITAIS

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	11132	HORA	10:05	PRONTUÁRIO	7379
DATA	26/09/2018	OPERADOR	KGOMES		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA				
MÉDICO	WAERSON JOSE DE SOUZA				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)				
PACIENTE	SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA			IDADE	45a 9m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA FILHA				
FILIAÇÃO II	LUIZ FELIPE SANTIAGO				
CIDADE	CATOLE DO ROCHA	PB	58884000		
ENDEREÇO	SITIO RANCHO DO PVO S/N CASA				
BAIRRO	ZONA RURAL				
NATURALIDADE	CATOLE DO ROCHA				
TELEFONE	8398666188 CELULAR				
C.N.S.	702401560924621	IDENTIDADE	2888814		
P.F.	REG. NAC.				
NASCIMENTO	22/12/1972	COR	PARDO		
EST. CIVIL	CASADO	PROFISSÃO			

RESPONSÁVEL: LUZINETE SANTIAGO DA SILVA Ass. Resp./Paciente X Luzinete Santiago da Silva

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma em MIE.

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Edema + dor + inchaçadeira funcional.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Raio X

DIAGNÓSTICO *Fratura dos ossos de perna* CID 582.3 | 582.4

DADOS DA SAÍDA

Data 02/10/18Hora 17 H 30 Min

MOTIVO

- () Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
 () Transferência (X) Evasão () Óbito

*João H. Siqueira Laureano
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 7417*

MÉDICO/CRM

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE SUELICE FELIPE SANTIAGO DA SILVA					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
UL 8-	LEITO 802	CONVÉNIO SUS	IDADE 45	REGISTRO 7379	
CIRURGIA Ressecção + GESSO MIE		CIRURGIA D- JUAS			
ANESTESIA -		ANESTESISTA -			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
INSTRUMENTADORA -	DATA 02/10/19	INÍCIO 15:00h	FIM 16:00h		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdo-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Succção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrofilo
	Narco	1	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitat		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Suelide Felipe Santiago da Silva Oftopédip
DA CLÍNICA Oftopédip ENFERMARIA 82
A CLÍNICA Cardiálgica LEITO 802

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMÁRIO)

Risco Cirúrgico

27.09.2018

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente seu filhos Cardiologista
Nasq. Dor pectoral em dupnio. Paciente
hipertônico e diabético faz uso de Propofol
Digo Tabajara
PA = 110 x 70 mmHg
ECG = Normal
Risco Cirúrgico = Baixo
Risco

28/09/18

DATA

Maube Maia Franca
Assinatura

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	11132	PRONTUÁRIO	7379
DATA	26/09/2018	HORA	10:05
MÉDICO	WAERSON JOSE DE SOUZA	OPERADOR	KGOMES
PACIENTE	SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA	IDADE	45a 9m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado ÓbitoDESTINO Residência Atendimento domiciliar Transferência para _____

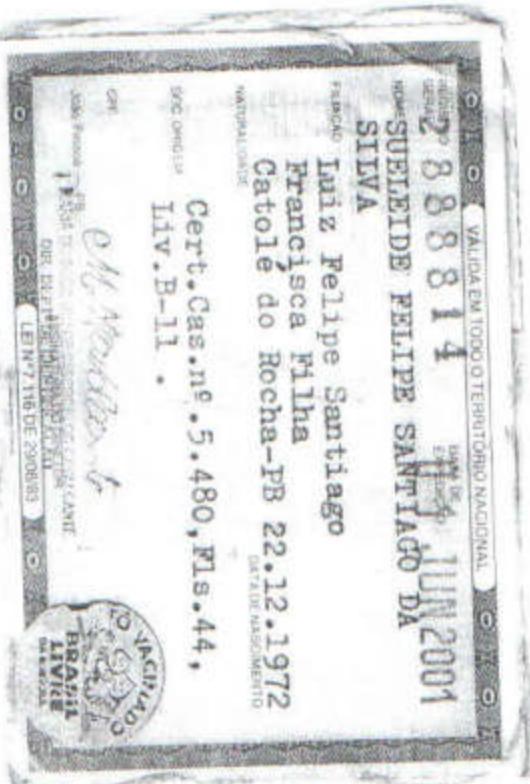
PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20 ____.

15 FEV. 2019

MÉDICO/CRM

Suelide Felipe Santiago da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

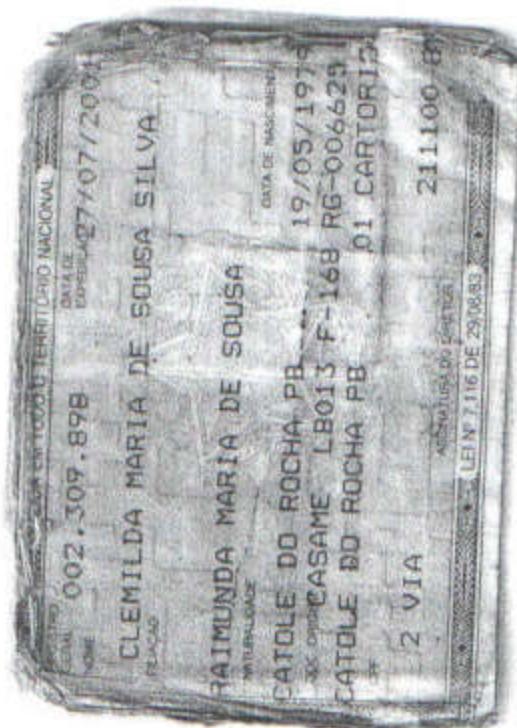
Número
046.698.384-07

Nome
SUELIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Nascimento
22/12/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

15 FEV. 2019



13 FEB 2019

14 FEB 2019

15 FEB 2019

24 OUT 2016

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190135695**

Nome do(a) Examinado(a): **SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

SIT RANCHO DO POVO , S/N - AREA RURAL - Catolé do Rocha - PB - CEP 58884-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2888814**

Data e local do acidente: [**25/09/2018**] **PB 325**

Data e local do exame: [**15/03/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA AO EXAME FÍSICO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO NOTA-SE ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 2,5 CM, E DA Perna EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, APRESENTA ALTERAÇÃO DA PIGMENTAÇÃO DA PELE EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO E DA Perna ESQUERDA E PRESENÇA DE CICATRIZ EM SEGUNDA INTENSÃO COM PROVÁVEL ÁREAS DE LESÃO DE PELE, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DO JOELHO ESQUERDO, ALÉM DE DESVIO EM VARO DO EIXO DA TÍBIA EM 15° E UM ANTECURVATO EM 10° DEVIDO A SEQUELA E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FRATURA, A MESMA DEAMBULA COM DIFICULDADES, APRESENTA TAMBÉM DE CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AFIRMA DOR COM A NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDA NO DIA 25/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA. A MESMA FOI SUBMETIDA A EXAMES DE IMAGEM ONDE FOI DIAGNOSTICADA FRATURA SEGMENTAR EM OSSOS DA Perna ESQUERDA, APESAR DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO INGUINO PODÁLICO POR UM PERÍODO DE 90 DIAS, PORÉM, APÓS ESTE PERÍODO FOI REALIZADO A RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO DEVIDO A PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM REGIÃO DE MALÉOLO MEDIAL E REGIÃO MEDIAL DA Perna ACOMETIDA. PERMANECEU POR UM PERÍODO DE 4 MESES COM A RETIRADA DA CARGA TOTAL SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 8 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 2,5 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna EM 2 CM DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35° DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II ALTERAÇÃO DA PIGMENTAÇÃO DA PELE EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO E DA Perna PRESENÇA DE CICATRIZ EM SEGUNDA INTENSÃO COM PROVÁVEL ÁREAS DE LESÃO DE PELE DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DO JOELHO DESVIO EM VARO DO EIXO DA TÍBIA EM 15° ANTECURVATO EM 10° DEVIDO A SEQUELA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



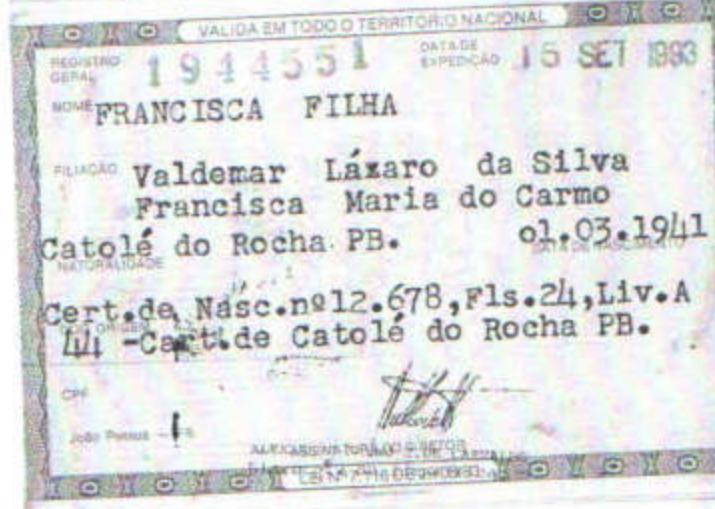
Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



15 FEV. 2019



15 FEV. 2019



15 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190135695 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO NOTA-SE ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 2,5 CM E DA Perna EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, APRESENTA ALTERAÇÃO DA PIGMENTAÇÃO DA PELE EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO E DA Perna ESQUERDA E PRESENÇA DE CICATRIZ EM SEGUNDA INTENSÃO COM PROVÁVEL ÁREAS DE LESÃO DE PELE, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DO JOELHO ESQUERDO, ALÉM DE DESVIO EM VARO DO EIXO DA TÍBIA EM 15° E UM ANTECURVATO EM 10° DEVIDO A SEQUELA E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FRATURA, A MESMA DEAMBULA COM DIFICULDADES, APRESENTA TAMBÉM DE CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AFIRMA DOR COM A NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDA NO DIA 25/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA. A MESMA FOI SUBMETIDA A EXAMES DE IMAGEM ONDE FOI DIAGNOSTICADA FRATURA SEGMENTAR EM OSSOS DA Perna ESQUERDA, APESAR DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO INGUINO PODÁLICO POR UM PERÍODO DE 90 DIAS, PORÉM, APÓS ESTE PERÍODO FOI REALIZADO A RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO DEVIDO A PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM REGIÃO DE MALÉOLO MEDIAL E REGIÃO MEDIAL DA Perna ACOMETIDA. PERMANECEU POR UM PERÍODO DE 4 MESES COM A RETIRADA DA CARGA TOTAL SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 8 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 um dos membros inferiores	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: 3190135695 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1,2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190135695 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190135695 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Suelide Felipe Santiago da Silva
RG: 28888-141 Orgão Emissor: CEP/PIB CPF: 046.698.384-02
Nacionalidade: 22/12/1972 Est. Civil: Casada Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Rocha do Povo Nº 214
Bairro: Zona Rural Cep: 58884-000 Cidade/UF: Batalha/Rocha/PB
Telefone: (83) 9.9936-1762 (83) 9.9833.0823 ()

OUTORGADO:

Nome: Gláucia Maria de Souza Filho
RG: 002.309.898 Orgão Emissor: CEP/PIB CPF: 018.220.459-02
Nacionalidade: 19/05/1982 Est. Civil: Casada Profissão: Beneficiária
Endereço: Rua das Rosas, 00000-000 Nº 145
Bairro: Francisco Belo Cep: 58884-000 Cidade/UF: Batalha/Rocha/PB
Telefone: () () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às 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 DPVAT referente à:

Vítima: Suelide Felipe Santiago da Silva
CPF: 046.698.384-02 Data do Acidente: 1/1/1
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

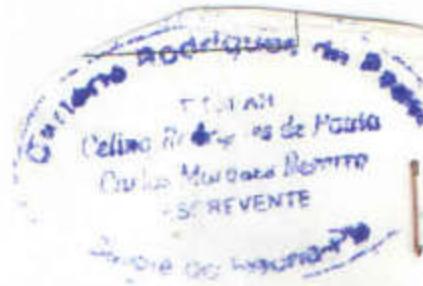
Batalha/Rocha - 30/05/2019
Local e data

15/FEV/2019

Suelide Felipe Santiago da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO RODRIGUES DE PAULA Av. Venda-rio, 100, sala 922 Centro - CEP: 58244-070 Gabinete: 08-3411-1444	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>Suelide</u> <u>Felipe Santiago da Silva</u> de autenticidade C. de Rocha/PB, <u>30</u> de <u>05</u> de <u>2019</u> Enfrente a <u>Brasão</u> , é da verdade. <u>Priscila Soares da Silva</u> <input type="checkbox"/> Cláudia Rodrigues de Paula - Titular <input type="checkbox"/> Carlos Marques Bacellar - Escrivente
---	---

Selo Digital: AIB81703-Z712
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Priscila Soares da Silva
Escrivente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056955/19

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

CPF: 046.698.384-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA : 046.698.384-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

MARCOS AURELIO VIDAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056955/19

Número do Sinistro: 3190135695

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

CPF: 046.698.384-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/03/2019
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/03/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190135695 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO NOTA-SE ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 2,5 CM E DA Perna EM 2 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, APRESENTA ALTERAÇÃO DA PIGMENTAÇÃO DA PELE EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO E DA Perna ESQUERDA E PRESENÇA DE CICATRIZ EM SEGUNDA INTENSÃO COM PROVÁVEL ÁREAS DE LESÃO DE PELE, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DO JOELHO ESQUERDO, ALÉM DE DESVIO EM VARO DO EIXO DA TÍBIA EM 15° E UM ANTECURVATO EM 10° DEVIDO A SEQUELA E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM FRATURA, A MESMA DEAMBULA COM DIFICULDADES, APRESENTA TAMBÉM DE CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AFIRMA DOR COM A NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDA NO DIA 25/09/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA. A MESMA FOI SUBMETIDA A EXAMES DE IMAGEM ONDE FOI DIAGNOSTICADA FRATURA SEGMENTAR EM OSSOS DA Perna ESQUERDA, APESAR DE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO INGUINO PODÁLICO POR UM PERÍODO DE 90 DIAS, PORÉM, APÓS ESTE PERÍODO FOI REALIZADO A RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO DEVIDO A PRESENÇA DE LESÃO DE PELE EM REGIÃO DE MALÉOLO MEDIAL E REGIÃO MEDIAL DA Perna ACOMETIDA. PERMANECEU POR UM PERÍODO DE 4 MESES COM A RETIRADA DA CARGA TOTAL SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 8 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50