
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

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 médico-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

Pag. 00183/00184 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14031288

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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 Nº 037.332.404-99, RG Nº 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: (**) **;

HISTORICO 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 Nº 106.965.314-45, juntamente com sua esposa SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA, certidão de casamento nº 5.480, fls 44 Livro B11, portadora do CPF nº 046.698.384-07, RG nº 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 providencias. 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: Mãe Informada Endereço: Sítio Rancho do Poço Número: 31N Complemento: Barra

Bairro: Zona Rural Cidade: Catolândia do Rocha Estado: PB CEP: 58884-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 85.9.9853-0923

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3518 CONTA: 14342 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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: Catolândia do Rocha - 13/02/18

Nome: Suelide Felipe Santiago da Silva

CPF: 046.698.384-07

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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)

(*) 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 ~~35.309~~
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 ~~35.309~~
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 2ª 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 (2ªCIBM), 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, escrevo que o digitei.

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

SUELEIDE FELIPE SANTUÁRIO DA SILVA
SIT RANCHO DO POVO, S/N - ARSA RURAL
CATOLE DO ROCHA / PB CEP: 58894000 (AO: 345)

Emissão: 14/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classificação: RESIDENCIAL / BOMBA RESIDA MONOFÁSICA R300, Km 25 - Orla Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-880
Roteiro: 7 - 245 - 141 - 1080 Nº medidor: 0000088822



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 06.180.000/40 Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº: 1442.076
Cód. para Deb. Automática: 0000017382

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2019	14/01/2019	12/02/2019	046.698.384-07 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/17368-2

Canal de contato

- Tanto Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2003.
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e seque o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/12/18	5425	14/01/19	5485		41	33

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa de	Valor Base Cota	Alta (R\$)	Base Cota	Per Cota	Per Cota (R\$)	Cota (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Per Cota (R\$)		(1,0045%) (R\$)	
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,205120	6,15	0,00	0	0,00	6,15	0,07
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	1,000	0,351850	3,52	0,00	0	0,00	3,52	0,04
0810	Subsídio			14,34	0,00	0	0,00	14,34	0,16
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0899	CÉBITO COMPENSADO 12/2018			6,37	0,00	0	0,00	6,37	0,00
0808	Revolução Subsídio			14,34	0,00	0	0,00	6,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 19,88 0,00 0,00 34,95 0,27 1,24

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

34

21/01/2019

R\$ 19,88

Histórico de Consumo (kWh)

33 | 48 | 57 | 27 | 31 | 18 | 75 | 27 | 28 | 18 | 30 | 25
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVAÇÃO AO FISCAL

e4e6.0f8e.6830.b053.69b4.e6f4.4294.fcc7

Indicadores de Qualidade

11/2018 - Cód. de Referência

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,74	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,42		
DIC ANUAL	48,36		
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	11,74		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Cód. de Energia/PE	3,23	16,25
Consumo de Energia	4,78	23,94
Serviço de Transmissão	0,57	2,82
Encargos Setoriais	0,79	3,92
Impostos Diretos 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^o FEV. 2019

**CAGEPA**Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

38837145

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	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 (M3) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
1794 | 1 | 30 | 06/03/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

JAN/2019	1	9	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	1	60	TURBIDEZ	45	45	45
NOV/2018	1	8	COLOR	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
MEDIA(M)	1		DADOS REFERENTES A: DEZ/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 07/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:58:41

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

1 M3

37,91

ESGOTO

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

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

21/02/2019

R\$ 37,91

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔM. TIPO DE TARIFA: 1

ANORMALIDADE: HÍDR. 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

826700000000 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Clemilda Maria de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.720.414 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Guilherme Felipe Santiago de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.698.584 / 07
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Guilherme 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 Aurotor Gonçalves Diniz</u>	Número: <u>445</u>	Complemento: <u>Barra</u>
Bairro: <u>Santo do Nevo</u>	Cidade: <u>Catalão do Rocha</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:		CEP: <u>58884-000</u>
		Tel.(DDD):

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

Clemilda Maria de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

15th 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 Ferreira,
RG nº 003.004-751, data de expedição 23/04/2008
Órgão SBP/RN, portador do CPF nº 106.965.314-45,
com domicílio na cidade de Catolão de Rocha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Romão do Poço, nº 81N,
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
Suelide Felipe Santiago da Silva, cujo o condutor era
Jose Severino da Silva,
Veículo: Moto Modelo: 2014 Ano: 2013
Placa: NQ1020XPD Chassi: 9C2KC1680ER485764
Data do Acidente: / /

Local e Data: Catolão de Rocha - 08/10/2018

Ricardo Gomes Ferreira

Assinatura do Declarante

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

Selo Digital: AH097311 - JTO
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

15 FEV. 2019



Escritura Soares de Araújo
Escritor

Cartório Rodrigues de Paula
T. J. P. B.
Catolão de Rocha - PB
Carlos Marques Dantas
Escritor

Eu, Ricardo Santiago da Silva
RG nº 3247186, data de expedição 09/10/2000
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 098.650.854-32
com domicílio na cidade de Catalão do Rocha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Rancho do Poço, nº SIN
Complemento: Casa

Testemunha 1

Ricardo Santiago da Silva

CPF: 098.650.854-32

Local e Data: Catalão do Rocha - 13/02/19

BARTÓRIO RODRIGUES DE PAULA Av. Venâncio Nelva, 92 Centro - CEP: 58884-000 Catalão do Rocha-PB (83) 3441.1444	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>RICARDO</u>
	<u>SANTIAVO DA SILVA</u> por
	<u>SEMULHANÇA</u> dou fe
	C. do Rocha-PB, <u>04</u> de <u>02</u> de <u>2019</u>
	Em testº (<u>Ilumy</u>) da verdade.
<u>ILUMY SANNY DA SILVA OLIVEIRA</u>	
() Celina Rodrigues de Paula - Titular	
() Carlos Marques Bezerra - Escrevente	

Ilumy Sanny da Silva Oliveira
ESCREVENTE

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

Celina Rodrigues de Paula
TITULAR
Celina Rodrigues de Paula
Carlos Marques Bezerra
ESCREVENTE
Catalão do Rocha-PB

Eu, Francisco Felipe
RG nº 1944551, data de expedição 15/09/1995
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 019.159.974-59
com domicílio na cidade de Catalão do Rocha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Rancho do Poço, nº SIN
Complemento: Casa

Testemunha 2:

Francisco Felipe

CPF: 019.159.974-59

Local e Data: Catalão do Rocha - 13/02/19

BARTÓRIO RODRIGUES DE PAULA Av. Venâncio Nelva, 92 Centro - CEP: 58884-000 Catalão do Rocha-PB (83) 3441.1444	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>FRANCISCA</u>
	<u>CELINA PON SEMULHANÇA</u>
	<u>CA</u> dou fe
	C. do Rocha-PB, <u>05</u> de <u>02</u> de <u>2019</u>
	Em testº (<u>Ilumy</u>) da verdade.
<u>ILUMY SANNY DA SILVA OLIVEIRA</u>	
() Celina Rodrigues de Paula - Titular	
() Carlos Marques Bezerra - Escrevente	

Ilumy Sanny da Silva Oliveira
ESCREVENTE

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

Celina Rodrigues de Paula
TITULAR
Celina Rodrigues de Paula
Carlos Marques Bezerra
ESCREVENTE
Catalão do Rocha-PB



**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 encontra-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: hospitalregional@hotmail.com - Tel: (83) 3441-2280

15 FEV. 2019

Leito: _____

SINAIS VITAIS



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	11132	PRONTUÁRIO	7379
DATA	26/09/2018	HORA	10:05
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	KGOMES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA 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	SÍTIO RANCHO DO POVO S/N CASA		
BAÍRRO	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 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 + incapacidade funcional.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) Raio XDIAGNÓSTICO Fratura dos ossos de perna CID S82.3/S82.4

DADOS DA SAÍDA

Data 02/10/18 Hora 14 H 30 Min


MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

João H. Soares Laureano
Oncologista e Traumatologista
CRM nº 7417

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE SUELCEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UF 82	LEITO 802	CONVÊNIO SUS	IDADE 45	REGISTRO 7379	
CIRURGIA Redução + Gesso MIE		CIRURGIÃO Dr. JUAN			
ANESTESIA -		ANESTESISTA -			
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 Córdio-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
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		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%		Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. - n		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha 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
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha 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: Sueli de Felipe Santiago da Silva Ortopédico

DA CLÍNICA Ortopédico ENFERMARIA 8ª
A CLÍNICA Cardiológico LEITO 302

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Cirúrgico

27.09.2018

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente Sem Queixas Cardiológicas
Nega Dor precordial ou dispnéia. Paciente
hipertenso e diabético faz uso de Propranolol
Dieta Tabagismo
PA = 110 x 70 mmHg
ECG = Normal
Risco Cirúrgico = Baixo
Risco

28/09/18

DATA

Caetano M. de Frença
Cardiologista

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 11132

DATA

26/09/2018

HORA

10:05

MÉDICO

WAERSON JOSE DE SOUZA

PRONTUÁRIO 7379

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 () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20__.

15 FEV. 2019

MÉDICO/CRM

Hospital Regional de Patos - RX

000000153440

63 %

El_s:1515

000000153440

63 %

El_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

Suécide Farias Santiago da
Silva, 45 anos

⊕ Rortão no moirer

01 MAR. 2019

InfoClínica - (83) 339621-4000

- Paciente sofreu acidente moto-
ciclístico, e houve na perna es-
querda, sendo visível a fratura
de ossos da perna.
- Paciente consumia álcool (ci dor
Gastrita), e teve ci consumo vi-
ciosa (em varo), e dificuldade de man-
ter ortostase e equilíbrio.
- Paciente recebeu auxílio de
custo hospitalar no prévio.

S 02.2, T 93.2

27/02/19

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 5231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT-14690
Médico

Hospital Regional de Patos - RX

000000153440

63 %

El_s:1515

000000153440

63 %

El_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 2ª 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 (2ªCIBM), 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 encontra-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 780924-5

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: hospitalregional@hotmail.com - Tel: (83) 3441-2280

15 FEV. 2019



ESTADO DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL



o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.269/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: URGENCIA

Paciente: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Mae: FRANCISCA FILHA

Nascimento: 22/12/1972 Idade: 45 Cor: PARDA Sexo: F

Profissao:

Endereco: SÍTIO RANCHO DO POVO

Bairro: ZONA RURAL

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

CNS: 702.4015-6092-4621

CPF: 2888814

Data / Hora: 25/09/2018 06:09:40 Reg. Nasc.: TATIANA M. DA COSTA

Recepcionista: TATIANA M. DA COSTA

Ficha Número: 47792

SPO 2: FC: TEMP: HGT: PA: 130x80

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

161

1 - Sonda uretral 1m. 10x5

2 - Sonda uretral 1m. 10x5

3 - Sonda uretral 1m. 10x5

4 - Sonda uretral 1m. 10x5

5 - Sonda uretral 1m. 10x5

6 - Sonda uretral 1m. 10x5

7 - Sonda uretral 1m. 10x5

8 - Sonda uretral 1m. 10x5

9 - Sonda uretral 1m. 10x5

10 - Sonda uretral 1m. 10x5

11 - Sonda uretral 1m. 10x5

12 - Sonda uretral 1m. 10x5

13 - Sonda uretral 1m. 10x5

14 - Sonda uretral 1m. 10x5

15 - Sonda uretral 1m. 10x5

16 - Sonda uretral 1m. 10x5

17 - Sonda uretral 1m. 10x5

18 - Sonda uretral 1m. 10x5

19 - Sonda uretral 1m. 10x5

20 - Sonda uretral 1m. 10x5

21 - Sonda uretral 1m. 10x5

22 - Sonda uretral 1m. 10x5

23 - Sonda uretral 1m. 10x5

24 - Sonda uretral 1m. 10x5

25 - Sonda uretral 1m. 10x5

26 - Sonda uretral 1m. 10x5

27 - Sonda uretral 1m. 10x5

28 - Sonda uretral 1m. 10x5

29 - Sonda uretral 1m. 10x5

30 - Sonda uretral 1m. 10x5

31 - Sonda uretral 1m. 10x5

32 - Sonda uretral 1m. 10x5

33 - Sonda uretral 1m. 10x5

34 - Sonda uretral 1m. 10x5

35 - Sonda uretral 1m. 10x5

36 - Sonda uretral 1m. 10x5

37 - Sonda uretral 1m. 10x5

38 - Sonda uretral 1m. 10x5

15

DIAGNOSTICO: Lesão de Coluna

CID-10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9									
2 -																			
3 -																			

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Dm / Cns

CAMILLO BRUNO ALVES RAMALHO - 6933-PB - 708-0008-2018-6821

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

15 FEV. 2019

Nome: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Leito:

SINAIS VITAIS

[illegible]

15 FEB. 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	11132	PRONTUÁRIO	7379
DATA	26/09/2018	HORA	10:05
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	KGOMES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA 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.	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 *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 + incapacidade funcional.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X*

DIAGNÓSTICO *Fratura do osso de perna* CID *S82.3/S82.4*

DADOS DA SAÍDA

Data *02.10.18* Hora *11* H *30* Min


MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

João H. Suresuna Laureano
Oncologia e Imunologia
CRM 107.7417

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE SUELCEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
82	LEITO 802	CONVÊNIO SUS	IDADE 45	REGISTRO 7379	
CIRURGIÃO REDUCAS + GESSO MIE		CIRURGIAÇÃO DR. JOÃO			
ANESTESIA -		ANESTESISTA -			
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 Cárdio-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
	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcolin	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
	Esparin 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
	Abbocote 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		

15 FEV. 2019



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Sueléide Leipe Santiago da Silva Ortopédica

DA CLÍNICA Ortopédica ENFERMARIA 8º
A CLÍNICA Cardiológica LEITO 802

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Cirúrgico

27.09.2018

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente Sem Fumex Cardiológico
Nexo Dor precordial em duplo. Paciente
hipertenso e diabético faz uso de Propranolol
Diigo Tabagista
PA = 110 x 70 mmHg
ECG = Normal
Risco Cirúrgico = Baixo
Risco

28/09/18

DATA

Geuber de Franca
Cardiologista

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 11132

DATA 26/09/2018 HORA 10:05

MÉDICO WAERSON JOSE DE SOUZA

PRONTUÁRIO 7379

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 () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20__.

15 FEV. 2019

MÉDICO/CRM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2888814

14 JUN 2001

NOME SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

FILIAÇÃO Luiz Felipe Santiago Francisca filha

Catole do Rocha-PB 22.12.1972

Cert. Cas. nº 5.480, Fls. 44, liv. B-11.

CPF 046.698.384-07

BRASIL

P-26

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

MINISTERIO DA FAZENDA

Recerta Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 046.698.384-07

Nome SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

Nascimento 22/12/1972

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

15 FEV. 2019

LOCALIDADE DO TITULAR TERRITÓRIO NACIONAL
 002.309.898
 DATA DE EMISSÃO 07/07/2004
 CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
 RAIMUNDA MARIA DE SOUSA
 CATOLE DO ROCHA PB
 CATOLE DO ROCHA PB
 CATOLE DO ROCHA PB
 DATA DE NASCIMENTO 19/05/1979
 RG-006623
 01 CARTÓRIO
 2 VIA
 211100 B
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO TÉCNICO CARATÉCO DE POLÍCIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO
 CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
 DATA DE NASCIMENTO 19/05/1979
 01 CARTÓRIO DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
 048.720.414-02
 Nome
 CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
 Nascimento
 19/05/1979
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

13 FEV. 2019

14 FEV. 2019

15 FEV. 2019

20 FEV. 2019

21 DE 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?

[☒] 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. PERMANECER 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)?

[☒] 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 2.705.280 -2 VIA DATA DE
EXPIRAÇÃO 16/11/2012

NOME JOSE SEVERINO DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO DA SILVA
RITA PORCINA DA CONCEICAO

NATURALIDADE
BREJO DO CRUZ-PB

IDM 0000000000

CASAM N.5380 FLS.44 LIV.B11
CARTEIRO CATOLE DO ROCHA-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/08/1966

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.888 DE 28.08.90

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-145

IDENTIFICACAO

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE SEVERINO DA SILVA

Nº de Inscrição
037332404-99

Data de Nascimento
26/08/66

15 FEV. 2019

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO E CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		 PB
NOME RICARDO SANTIAGO DA SILVA		
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 3747186 SSP PB	
	CPF 098.650.854-37	
	DATA NASCIMENTO 18/01/1990	
	FILIAÇÃO JOSE SEVERINO DA SILVA SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA	
PERMISSÃO []		ACC []
DATA REGISTRO 05/07/2018		VALIDADE 13/09/2023
1ª HABILITAÇÃO 21/08/2012		
OBSERVAÇÕES <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>		
ASSINATURA DO TITULAR 		
LOCAL CATOLE DO ROCHA, PB		DATA EMISSÃO 25/09/2018
ASSINATURA DO SERVIDOR 		04241749449 PB031979912
PARAÍBA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660783026

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660783026

15 FEV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-PL45



Francisca Filha

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1944551

DATA DE EXPEDIÇÃO 15 SET 1993

NOME FRANCISCA FILHA

FILIAÇÃO Valdemar Lázaro da Silva
Francisca Maria do Carmo

Catolé do Rocha PB. 01.03.1941

Cert. de Nasc. nº 12.678, Fls. 24, Liv. A

44 - Cert. de Catolé do Rocha PB.

CPF

JOÃO PEREIRA - 1

ALCAIDEA DO REGISTRO CIVIL

15 SET 1993

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

019.119.974-59

Nome

FRANCISCA FILHA

Nascimento

01/03/1941

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

6878.B3C5.ACF8.77CC

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:05:43 do dia 24/02/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

15 FEV. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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. PERMANECU 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 SILVA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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 SILVA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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 INVIABILIZOU 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 SILVA **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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 14 Órgão Emissor: ESP/PB CPF: 046.698.384-02
Nacionalidade: 22/12/1972 Est. Civil: casada Profissão: agricultora
Endereço: Sítio Rocha do Povo Nº 214
Bairro: Zona Rural Cep: 58884-000 Cidade/UF: Catalão-Rocha-PB
Telefone: (83) 9.9936-1762 (83) 9.9833-0823 ()

OUTORGADO:

Nome: Glennilda Maria de Sousa Silva
RG: 002.309.898 Órgão Emissor: SSPIRN CPF: 048.220.459-02
Nacionalidade: 19/05/1979 Est. Civil: casada Profissão: Beneficiária
Endereço: Rua Afonso Gonçalves Diniz Nº 195
Bairro: Tamocride N. V. Cep: 58884-000 Cidade/UF: Catalão-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: 046.698.384-07 Data do Acidente: / /
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Catalão-Rocha-30/05/2019
Local e data

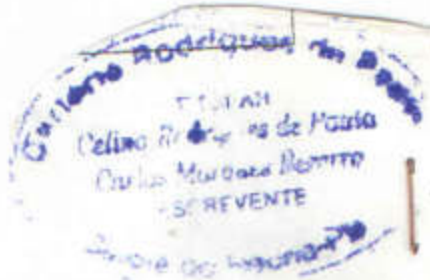
15º FEV. 2019



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



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



Lucila Soares d. Araújo
Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056955/19

Vítima: SUELEIDE FELIPE SANTIAGO DA SILVA

CPF: 046.698.384-07

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: SUELEIDE FELIPE
SANTIAGO DA SILVA

CPF de: Próprio

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

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: SUELEIDE FELIPE
SANTIAGO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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. PERMANECU 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