

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180527058**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13620927



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

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

Comprovação de ato declaratório

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13621485



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIZANGELA SEVERO 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, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZANGELA SEVERO 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\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **ELIZANGELA SEVERO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002001-X**

Conta: **000010014644-9**

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ELIZANGELA SEVERO DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.100.646 EXPEDIDO POR SSPS/PB EM 25/09/2012
 CPF 179276739-80 /CNPJ 000000000-000000000-00 PROFISSÃO STUDANTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIZANGELA SEVERO DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA 1001-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 44.278-X
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL COREMAS

DATA 43/08/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Elizangela Severo da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



036



AGÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
17ª Delegacia Seccional
POLÍCIA DE POLÍCIA CIVIL DE COREMAS



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 264/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: 14.01.2018 HORA: 15:00h

Data e hora da comunicação na Delegacia: 30/07/2018, às 11:44h

Sob a responsabilidade da Del. Pol.: **Ivaldo Pedro de Araújo Dias.**

Notificante: ELIZÂNGELA SEVERO DA SILVA, portadora do RG nº 4.100.646 - SSP/PB, C.P.F. 117.216.134-80, brasileira, união estável, agricultora, natural de João Pessoa/PB, nascida em 01.01.1994, filha de Edmilson Alves da Silva e de Irene Severo de Lima, residente à Rua Reimundo Luiz, nº 120 - Coremas/PB.

Vítima: ; Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: , idade: , nascido aos , cor/raça: ; Profissão: , Escolaridade: **, documento: , referência: .

HISTÓRICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades previstas ao art. 299 do C.P.B., declarou o seguinte: Que, na data e hora acima mencionadas, a declarante afirma que seguia pela rua Padre Guilherme quando ao passar pela escola Antônia Maria da Conceição, cruzou em sua frente uma motocicleta em alta velocidade, tendo que utilizar os freios para não colidir com a outra motocicleta; Que, devido a frenagem forte no pneu dianteiro, a motocicleta que guiava, derrapou sofrendo desta forma um acidente, causando lesões e uma fratura no joelho direito (PLANTO TIBIAL DIREITO) conforme documentação em anexo; Que, na ocasião a declarante afirma que guiava uma motocicleta HONDA POP 110I, DE COR PRETA, ANO/MODELO 2016/2017, PLACA QFT-5103/PB, CHASSI 9C2JB0100HR228588, licenciada em nome de VANOALDO FERREIRA ALENCAR. Nada mais a consignar.

Elizângela Severo da Silva
Notificante



Policial Responsável pelo Registro
Matrícula: 156.511 E

RECEBIDO

05 NOV 2018

Digital

Seguradora Lider DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIZÂNGELA SEVERO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 4.100.646-558/PP, inscrito no CPF/MF sob o nº 111.246.134-80, residente e domiciliado na RUA FRANCISCO SEVERINO DE SOUSA, N.º 88, Cidade CORUMAS, Estado PARAÍBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Elizângela Severo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CORUMAS - PB, 13/08/2018

Local e data



HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

ATO

Prontuario: 106012
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: VERDE Transporte: AMBULANCIA BRANCA
Origem: COREMAS - HOSPITAL REGIONAL COREMAS

Data/Hora 15/1/2018 12:16:15

Regulado: S

Servidor do Dr.:

Paciente ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Idade: 24 Gênero MULHER CIS

Filiação

Filiação I IRENE SEVERO DE LIMA

Filiação II EDMILSON ALVES DA SILVA

Endereço

Cidade COREMAS - PB - 58770-000 - 2504801

Endereço: RAIMUNDO LUIZ

Bairro: POMBALZINHO

Naturalidade: JOAO PESSOA - PB

Fone: (83)9983-3370

N.: 138

Comprovacao de ato declar



Documentos

CNS: 708-5023-5674-0177

Identidade: 4100646 SSDS/PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 7/1/1994

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: PESCADOR(A)

Responsável:

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

Vinda de Feb 10 a DIA - SIC

Don em Junho (D)

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

Sor

edim

Neurológico - ok

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx

CD

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saliu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Em

Recepcionista: DAGUIA MEDEIROS



GOVERNO DA PARÁIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: GUERINSON JONAS DA SILVA		Nº prontuário: 106012
Data da Cirurgia: 14/12/2014	Enf.	Leito
Cirurgião: Dr. F. R. S. P.	1º Auxiliar: Dr. WAGNER	
Anestesista: Dr. S. C. S.	Tipo de Anestesia: RAQUIDIANAL	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura do 7.º T. L. URGENTE		
J. 6.º DIREITO		
Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE DO 7.º T. L.		
UTERIL SUBCUT. D. R. 6.º		
Diagnóstico Pós Operatório: T. P. C.		
Relatório Imediato do Patologista: N. A.		
Exame Radiológico no Ato: N. A.		
Acidente Durante a Cirurgia: N. A.		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL M. 6.º C. 2.º 2.º
2. ASPECTO G. A. 1.º 2.º 3.º
3. C. 1.º 2.º 3.º 4.º 5.º 6.º 7.º 8.º 9.º 10.º
4. VIA DE ACESSO LATERAL AO P. 7.º T. L. URGENTE SUBCUT.
5. OSTEOSINTESE DO 7.º T. L. URGENTE COM DOIS F. 6.º 7.º
6. SUTURAS

3. C. 1.º 2.º 3.º

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02001-X

CONTA: 000010014644-9

Nr. da Autenticação 503C6E653D6FA3D7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIZANGELA SEVERO DA SILVARG nº 4.100.646, data de expedição 25/09/2012 Órgão SSDS/PB

CPF nº 417.246.134-80, 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)	<u>RUA FRANCISCO SEVERO SOUSA</u>
Número	<u>Nº 88</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CONEMAS</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58770-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9960-0238</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CONEMAS - PB, 13/08/2018Assinatura do Declarante: X Elizangela Severo da Silva

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Endereço: Av. 15 de Novembro, 1500 - Jd. América - São Paulo - SP

CNPJ: 07.042.088/0001-90

Nome: FRANCISCO DE SOUSA LIMA

Nº de atendimento: 15-155-055-0500

Endereço: Av. 15 de Novembro, 1500 - Jd. América - São Paulo - SP
CNPJ: 07.042.088/0001-90
Nome: FRANCISCO DE SOUSA LIMA
Nº de atendimento: 15-155-055-0500

Nome do cliente

FRANCISCO DE SOUSA LIMA

FRANCISCO DE SOUSA LIMA

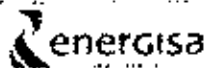
CPF: 000.000.000-00

EDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/458425-6

PERÍODO	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	23/04/2018	0	30/04/2018	R\$ 15,64

Assine: www.energisa.com.br



FRANCISCO DE SOUSA LIMA
Roteiro: 15-155-055-0500

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	DATA DE VENCIMENTO
30/04/2018	R\$ 15,64	30/04/2018

Declarações do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VANDALDO FERREIRA ALENCAR,
 RG nº 1.566.270, data de expedição 02/09/2016
 Órgão SSPS/PB, portador do CPF nº 030.494.304-90, com
 domicílio na cidade de POMBAL, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MARILDE DE C. CANDEIAS, nº 814,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ELIZANGELA SEVERO DA SILVA cujo o condutor era
ELIZANGELA SEVERO DA SILVA.

Veículo: HONDA POP
 Modelo: 410
 Ano: 2016/2017
 Placa: 8FT-5103/PB
 Chassi: 9CR300Y00412328588
 Data do Acidente: 10/10/2018
 Local e Data: POMBAL - PB, 10/10/2018



Vandaldo Ferreira Alencar
 Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: VANDALDO
 FERREIRA ALENCAR, EM TEST. DA VERDADE, DOU FF
 POMBAL - PB, 10/10/2018.

ANA CRISTINA FORNIGA DE QUEIROGA
 Tipo Digital da Assinatura Tipo Normal B-A4012045-1C2F
 Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
 EMOLUM. R\$: 11,38 FARENSE: 0,28 PERJ R\$: 0,00



Cel. João Queiroga

1º Ofício de Testes e Perguntas e Respostas

CNPJ: 09.205.816/0001-25

Telefone: (33) 3431-2775 - Pombal-PB

CROMUS

PEDIDO DE VENDAS

Carga Area

Nº

Materiais Médico Hospitalar EIRLIJ

NF Nº

Fluxograma

U. Federal de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

F. Hospitalar de Patos

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Fluxograma

10000

Documentação médico - hospitalar



CONDIÇÃO DE PAGAMENTO:

TOTAL

R. da Liberdade, 100 - 4º andar - Centro - CEP: 54000-000 - Patos - PB

FONE: (081) 3120-2456 E-mail: cromo@net.com.br

CNPJ: 14.784.534/0001-30 - Insc. Estadual: 0574749-07

Vila Roma - Fone: (081) 3120-2456 - Rua da Liberdade, 100 - 4º andar - Patos - PB

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

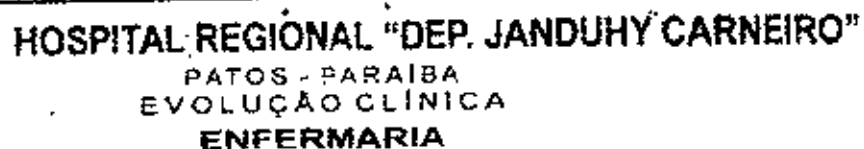
SECRETARIA DE SAÚDE

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
Glisompla Severa da Silva					GOVERNO DA PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JARNEY GUERREIRO
DATA	DIAGNÓSTICO	CONDIÇÃO	EXAME	PROCEDIMENTO	
01.12.06	OC	Su	273	106012	
PROCEDIMENTO					
ANESTESIA					
ANESTESIA					
DATA					
19/01/18					
HORA					
15:50					

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentação	1	Equipo p/ Sonda e sangue
	TX. Cinégrafo		Baclo
	TX. Bomba de Infusão	1	Luxes Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicador de Sargun	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Cistoscópio		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Bate	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Electrodo de EEG
	Neocato		Adaptador de Crepim 10cm
	Kalofano	1	Adaptador de Crepim 20cm
	Triclorambital		Alcova Gessada 10cm
	Quercina		Sonda Uretral
	Paracetamol		Sonda Nasogástrica
	Dormidol		Filtro Sulfúrico
	Centron GABmg		Dreno Penoso
	Nitrocelulose 5%		Dreno Succlé
	Inoxal		Dreno de Torax
	Nitrocelulose 2%	1	Espetrograma
	Ecdimolito		Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Alcool 70%
	Policloroquin 0.5%	1	PVP Tintura
1	Dimentol	1	Gaxos
	Lanexat 0.5ml		Algodão Hidrofílico
	Neomina		Algodão Ortopédico
	Formol		Clôrex
	Sulfato		Vaselina Estéril
	Obezopon	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostaglina		Fio Cromado 0.4/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0.7/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1.0/ agulha
	Picril		Fio Cromado 1.5/ agulha
1	Cardioline 18g		Fio Cromado 2.0/ agulha
	Bical 100mg 50mg		Fio Cromado 2.5/ agulha
	Microl		Cat-gut simples 0.5/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0.7/ agulha
	Esparto 5000 vi		Cat-gut simples 2.0/ agulha
	Mall		Cat-gut simples 2.5/ agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2.0 pl amigdactonide
1	Agulha de Bique Descartável		Cat-gut simples 3.0/ agulha
	Abdomente 20 e 25		Polycot 0.5/ agulha
	Polycot 0.5/ agulha		Polycot 2.0/ agulha
	Polycot 2.0/ agulha		Polycot 3.0/ agulha
	Polycot 3.0/ agulha		Polycot 2.0/ agulha
	Polycot 0.5/ agulha	1	Nylon 2.0



PACIENTE:

Alonso

LETO:

REG: 106 01/3

DATA	HORA	
20/10/18		Do not feed # ph 556, 2-895 / 150 lower Ch = (Pur) + Agalun + Segur royal 7 A 12 at one Dr. Marcelo Pires



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>GUARIM, JENY D. VINO</u>		Nº prontuário: <u>106012</u>
Data da Cirurgia: <u>13/07/2014</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. FÉLIX S.P.</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. WAGNER</u>	
Anestesista: <u>Dr. SILESSON</u>	Tipo de Anestesia: <u>RAQUIDIANALGIA</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRATURA DE Q. T. 3.ª L. UTERO</u>		
<u>FRATURA DIREITA - "</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>OSTEOTOMIA DE Q. T. 3.ª L.</u>		
<u>UTERO DIREITA - 3.ª L.</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>SEM</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>NÃO</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>NÃO</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>NÃO</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Dissecção - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1. PACIENTE EM DECÚBITO SUPINO, MEMBROS SUPERIORES
2. DESCOBERTA DA REGIÃO OPERATÓRIA
3. CIRCUNSCRIÇÃO DA LESÃO
4. VIA DE ACESSO UTERO DE Q. T. 3.ª L. UTERO DIREITA - 3.ª L.
5. OSTEOTOMIA DE Q. T. 3.ª L. UTERO COM DOIS FRAGMENTOS
6. SUTURA
7. CURATIVO



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARMEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 109012
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: VERDE Transporte: AMBULANCIA BRANCA
Origem: COREMAS - HOSPITAL REGIONAL COREMAS

Data/Hora: 15/1/2018 12:16:15

Regulatio: S

Servidor do Dr.:

Paciente: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Idade: 24 Gênero: MULHER CIS

Filiação I: IRENE SEVERO DE LIMA
Filiação II: EDMILSON ALVES DA SILVA

Endereço: COREMAS - PB - 58770-000 - 2504201
Cidade: RAIMUNDO LUIZ N. 138
Bairro: POMBALZINHO
Naturalidade: JOAO PESSOA - PB
Fone: (83)9983-3370

Documentos:
CNS: 708-5023-5074-0177
Identidade: 4100040 SSGS/PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:
Nascimento: 7/1/1994
Cor: PARD
Estado Civil: N INF.
Profissão: PESCADOR(A)

Responsável: *Priscila Estêvão S. Moura*

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

*Vinda de Febre 1 dia - SIC
Dor em Joelho*

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

*Suave
normal
normal*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Rx
G
Febre 1 dia - SIC*

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Sane Curado () Melhorado () Fallecido () Transferido Em: 15/01/18

Recepcionista: DAGUIA MEDEIROS



ESTADO DA PARÁ
Hospital e Maternidade "ESTEVAM MARINHO"
SECRETARIA DA SAÚDE

Feliza Aguiar S. de Almeida

Encaminhamento
M.R.P. - Ortopedista

Encaminho a paciente, 24a,
com história de queda em
um com queixa de dor
em joelho (d).

Receita para (d): Fratura
de tíbia (d).

Soluto a seguir
e conduta



COREMBS-PA 15 de 18. 10:00



FUMAR FAZ MAL À SAÚDE

"PEDIDOS AOS MÉDICOS QUE MELHOREM SUA LETRA"

 ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 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 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 -	
--	--	--	--



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE:

Elmwood

LEITO

REG

106 012

DATA	HORA	
20/10/18		Do not feed #
		ph 5.2, 2-3 PS 1 FD
		low
		at = AUR + Azolium + Seguel
		rough 7-12 a one
		Dr. Marcelo Alves

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Glisomila Severina da Silva</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE  HOSPITAL REGIONAL DEPT. JANDURY CARNEIRO
DATA <u>04.12</u>	DIÁRIO <u>06</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>24</u>	REGISTRO <u>106012</u>	
CIRURGIA <u>TTO cirurgia Hcto. Total</u>					
ANESTESIA <u>Ragui</u> <u>(D)</u>					
ANESTESISTA	DATA <u>19/10/18</u>	PERÍODO <u>15:50</u>	FIM		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soró e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Seta	2	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso	2	Eletrodos desc.
1	Neocén		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Mesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0.05mg		Dreno Penrose
	Xifestesin 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina 2%	2	Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Pubicovains 0.5%	2	PVPi Tintura
1	Dimorf	2	Gases
	Lenexat 0.5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Gidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Aguilha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforzi		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Seda <u>100cm 2/0</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Piccol		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Espanin 5000 Vi		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amicacilaz 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 c 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Pro/ene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	<u>nylon 2.0</u>



GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital HMR	Enfermaria	Leito 10604	Nº Prontuário
Nome Eduardo Farias de Sousa		Idade 25	Sexo F	Cor	
Data 11/11/11	Pressão Arterial Pulso 120 x 80	Respiração 20 l.	Temperatura 36	Peso	Altura
Tipos Sanguíneos	Hemácias Vermelhas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Urina		Outros			
Ap. Respiratório VDN				Asma	Bronquite
Ap. Circulatório NDN				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo Pran 2 Ph		Dentes	Presença	Ap. Urinário	
Estado Mental consciente		Anticóicos	Corticóides	Alergia	Hipertensores
Diagnóstico Pré-Operatório Fract. quadril fcl				Estado Físico A30	Risco
Anestesia Anteriores					
Dose Pré-Anestésica			Aplicada em	Efeito	

Agentes Anestésicos	02					INDUÇÃO		
	3F	800	500			Satisf. _____	Excit. _____	Tosse _____
Linha	3F	31	50	50			Laringo Espasmo _____	Lento _____
	3F	31	50	50			Náuseas _____	Vômitos _____
Gráfico de Registro de Anestesia	280					MANTENÇÃO		
	240					Cephalon 120		
	200					Dexametasona 8mg		
	160					Lidocaine 10		
	120					Anestesia Satisf. Sim ☒ Não ☐		
	80					Não, porque?		
	40					DESPERTAR		
	20					Reflexos na SO _____		
					Obstr. _____			
					CO2 _____			
				Excit. _____				
				Náuseas _____				
				Vômitos _____				
				Outros _____				
				Com cânula				
				para o leito sim _____ não _____				
				CONDIÇÕES				
				Cânula				
Símbolos e Anotações		A30, fract. quadril fcl, punção lombar L5/S1, 120, 80, 50, 50, 31, 50, 50						
Posição		DDN						
Agentes		Propofol 100mg + morfina 50mg						
Venenas		Propofol 100mg						
Operação		Fract. quadril fcl						
Cirurgião		Fábio						
Anestestesista		Fábio						
Observações		Paciente em bom estado, sem complicações, 120, 80, 50, 50, 31, 50, 50						



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM

MARINHO _ COREMAS _ PARAÍBA

CNPJ: 08.778.268/0021-04

Paciente: ELISÂNGELA SEVERO DA SILVA

Idade: 24 anos

Data do exame: 14/01/2018

Documentação médico - hospitalar

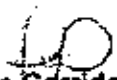


RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO EM AP E PERFIL

-Fratura linear longitudinal acometendo a porção metadiáfisária proximal da tibia, com extensão para a superfície articular da mesma.

Espaços articulares preservados.

-Partes moles sem alterações.


Dra. Pâmela Garrido Cavalcanti
Médica Radiologista
CRM/PB 6893



ESTADO DA PARAÍBA
Hospital e Maternidade "ESTEVÃO MARINHO"
SECRETARIA DA SAÚDE

Elizângela S. de Almeida

Encaminhamento
H.R.P. - Ostogestista

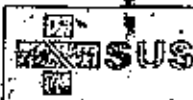
Encaminho a paciente, 24a,
em história de queda em
um armário de dor
na pelve (d).

Rx de parto (d): Fratura
de fêmur (d).

Solicito radiografia
e conduta

Corumbas, PE, 15/01/18. 10:00.

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE
"PEDIMOS AOS MÉDICOS QUE MELHOREM SUA LETRA"



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

36118

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DO CIES: 000.312-3

CPF: 08.778.268/0021-04

CIDADE: RUA João Fernandes de Lima - Pombalzinho

CEP: 08.770-000

MUNICÍPIO:

COREMAS

ESTADO: PB

PACIENTE

NOME: Cláudia Severina da Silva SEXO: F IDADE: 24

PROFISSÃO: Pedagoga

DOCUMENTO: RG: 4.100.746

ENDEREÇO: Rua do Comércio

MUNICÍPIO:

C. M. N. M.

ESTADO: PB

CÓDIGO BOM MUNICÍPIO:

CNS: 300.0023.5634.0133

DATA DE NASCIMENTO: 07/03/94

DATA DO ATENDIMENTO: 14/03/98

TEL: 99993-3330

NOME DA MÃE: Inês Severina da Silva

RACIA / COR

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDA

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 09 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

Exame de C - História da Úlcera, Náuseas -

Limites dos membros inferiores no doente

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Varicela - 1 dose - 10/03/98

2. Soro - 1 dose - 10/03/98

3. Soro - 1 dose - 10/03/98

4. Soro - 1 dose - 10/03/98

5. Soro - 1 dose - 10/03/98

6. Soro - 1 dose - 10/03/98

7. Soro - 1 dose - 10/03/98

8. Soro - 1 dose - 10/03/98

9. Soro - 1 dose - 10/03/98

10. Soro - 1 dose - 10/03/98

11. Soro - 1 dose - 10/03/98

12. Soro - 1 dose - 10/03/98

13. Soro - 1 dose - 10/03/98

14. Soro - 1 dose - 10/03/98

15. Soro - 1 dose - 10/03/98

16. Soro - 1 dose - 10/03/98

17. Soro - 1 dose - 10/03/98

18. Soro - 1 dose - 10/03/98

19. Soro - 1 dose - 10/03/98

20. Soro - 1 dose - 10/03/98

21. Soro - 1 dose - 10/03/98

22. Soro - 1 dose - 10/03/98

23. Soro - 1 dose - 10/03/98

24. Soro - 1 dose - 10/03/98

25. Soro - 1 dose - 10/03/98

26. Soro - 1 dose - 10/03/98

27. Soro - 1 dose - 10/03/98

28. Soro - 1 dose - 10/03/98

29. Soro - 1 dose - 10/03/98

30. Soro - 1 dose - 10/03/98

31. Soro - 1 dose - 10/03/98

32. Soro - 1 dose - 10/03/98

33. Soro - 1 dose - 10/03/98

34. Soro - 1 dose - 10/03/98

35. Soro - 1 dose - 10/03/98

36. Soro - 1 dose - 10/03/98

37. Soro - 1 dose - 10/03/98

38. Soro - 1 dose - 10/03/98

39. Soro - 1 dose - 10/03/98

40. Soro - 1 dose - 10/03/98

41. Soro - 1 dose - 10/03/98

42. Soro - 1 dose - 10/03/98

43. Soro - 1 dose - 10/03/98

44. Soro - 1 dose - 10/03/98

45. Soro - 1 dose - 10/03/98

46. Soro - 1 dose - 10/03/98

47. Soro - 1 dose - 10/03/98

48. Soro - 1 dose - 10/03/98

49. Soro - 1 dose - 10/03/98

50. Soro - 1 dose - 10/03/98

51. Soro - 1 dose - 10/03/98

52. Soro - 1 dose - 10/03/98

53. Soro - 1 dose - 10/03/98

54. Soro - 1 dose - 10/03/98

55. Soro - 1 dose - 10/03/98

56. Soro - 1 dose - 10/03/98

57. Soro - 1 dose - 10/03/98

58. Soro - 1 dose - 10/03/98

59. Soro - 1 dose - 10/03/98

60. Soro - 1 dose - 10/03/98

61. Soro - 1 dose - 10/03/98

62. Soro - 1 dose - 10/03/98

63. Soro - 1 dose - 10/03/98

64. Soro - 1 dose - 10/03/98

65. Soro - 1 dose - 10/03/98

66. Soro - 1 dose - 10/03/98

67. Soro - 1 dose - 10/03/98

68. Soro - 1 dose - 10/03/98

69. Soro - 1 dose - 10/03/98

70. Soro - 1 dose - 10/03/98



REQUISICÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

NOIÇE: HOSPITAL E MATERNIDADE "ESTEVAM MARINHO"

CÓDIGO DA UNIDADE: 000.312-3

CNPJ: 08.778.268/0021-04

END.: RUA JOÃO FERNANDES LIMA

BAIRRO: POMBALZINHO

MUNICIPIO: COREMAS

ESTADO: PARAIBA

LF: 25

CEP: 58.770-000

PACIENTE

NAME: ELIZABETH SHUKRI SIVCO

IDADE: 24

PROFISSÃO: Pescador

DOCUMENTO: PT 4100 621

END.: A. Raimundo Luis

BAIRRO: Pombalzinho

MUNICIPIO: Cancun

ESTADO: AB CEP: 33770000

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2504801

CNS: 2592363-708502334 of 7

DATA DE NASCIMENTO: 07, 01, 94

DATA DO ATENDIMENTO 19 / 01 / 18

CARÁTER DO ATENDIMENTO: 02

RACA/COR: _____ SEXO: F

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Re de Jettie D

			0	2	0	4	0	6	0	1	2	5
--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CID - 10:

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA INSTRUÇÃO E DA DEFESA SOCIAL - 2-189
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Elizângela Severo da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 4.100.646 DATA DE EMISSÃO 25/09/2019
NOME ELIZÂNGELA SEVERO DA SILVA

PRONOME DE USO ALVES DA SILVA
IRENE SEVERO DE LIMA

RESIDÊNCIA JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/01/1994

CCO 0955M
RASC.N. 71154 FLE. 276 LIV. A-68
CARTÓRIO 2 - JOÃO PESSOA-PB.
CPF 117.216.134-60

Elizângela Severo da Silva

LE Nº 7.118 DE 2003

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR ELIZÂNGELA SEVERO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 07/01/1994 NÚMERO 0416 9048 1260 ZONA 031 SEÇÃO 0184

Município UF CAJAZEIRINHAS/PB DATA DE EMISSÃO 07/10/2015

JUR - ELEITORAL

Elizângela Severo da Silva

Assinatura do Representante Legal do Eleitor

POLEGAR, OMOITO

Elizângela Severo da Silva

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DO ELEITOR

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETALHE	Nº 013814340697
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	45306651433
1	0114307147-5
2	09/00000000
VANOLDO FERREIRA ALMEIDA	
A MATILDE S. BANDEIRA EM CASA	
PEREIRO	
58840008 RONDAL-PR	
03049130490	0975103/PR
FORMULA N. COBRERIO DE MOTOS LTDA	
NOVO	PR
9C23B0100HN228588	
PAS/MOTOCICLE/MAD APPLIC	GASOLINA
HONDA/POP. 1101	2016/2017
2 P/109 /CI	PARTEC
PARTEC	PARTEC
A. E. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA	
M. Motor : 360160H228581	
PRIMEAL-PR	24/04/2018
9999999	31064

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETALHE	Nº 013814340697
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	45306651433
1	0114307147-5
2	09/00000000
VANOLDO FERREIRA ALMEIDA	
A MATILDE S. BANDEIRA EM CASA	
PEREIRO	
58840008 RONDAL-PR	
03049130490	0975103/PR
FORMULA N. COBRERIO DE MOTOS LTDA	
NOVO	PR
9C23B0100HN228588	
PAS/MOTOCICLE/MAD APPLIC	GASOLINA
HONDA/POP. 1101	2016/2017
2 P/109 /CI	PARTEC
PARTEC	PARTEC
A. E. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA	
M. Motor : 360160H228581	
PRIMEAL-PR	24/04/2018
9999999	31064

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407180/18

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 14/01/2018

Titular do CPF: ELIZANGELA SEVERO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA : 117.216.134-80

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: 08/11/2018
Nome: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA
CPF: 117.216.134-80

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PERNAMBUCO
Rua Felício de Carvalho, 138 - Jaqueira, Jaboatão - PE
CEP: 52015-070 - CNPJ: 07.123.890/0001-07JUNTA DE CONTABILIDADE E CONTAS
POURAS DE CONTAS

30/06/2018

30/06/2018

30/06/2018

EDITAL DE CONSUMO DE AGUAS E SERVIÇOS

VANDALDO PEREIRA ALONSO
RUA MATILDE DE OLIVEIRA, S/N - PEREIRAS POMBAL
Nº 55540-000

Inscrição	SIA	Quantidade de Economias				Responsável
112.003.100.0110.000	000	Água	Esgoto	Água	Esgoto	
		1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N134311	29/05/2016	EXT. LACR. LIGAM.	POTENCIAL	POTENCIAL		
ANTERIOR + ATUAL + CONSUMO (M3) + Nº DE DIAS + PROXIMA LITURA						
485	428	23	29	10/05/2018		
TEST. COND. GERAL - TEST. QUAL. AGUA - PONT. 20 MON. 05/2018 - 15,						
JUN/2018	26	0	PARAÍBOS	1/10	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2018	25	0	TEMPERIZ	46	46	46
ABR/2018	22	0	CLORO	46	46	46
MAR/2018	19	0	CON. TERNOT	41	0	0
FEV/2018	22	0	CON.	10	36	35
JAN/2018	25	0	CON. TOTAL	46	46	46
MEDIA(1)	23	DADOS REFERENTES A: MAR/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 13/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:47:40

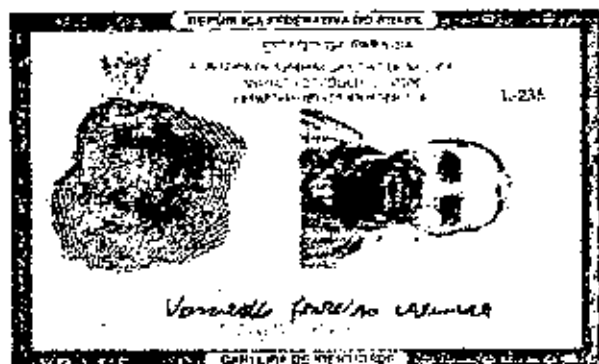
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 3 UNIDADES		
ATE 10 M3 - R\$ 3,92 POR UNIDADE	12 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	1 M3	19,35
ESGOTO		
ACRESCIMOS(ES) M3(ES) ATE 05/2018		2,36
JUROS DA HORA 05/2018		0,00

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,02 PIS E COFINS: R\$ 11,743/12

VENCIMENTO: 27/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 109,50



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE 1.500.370 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO: 02/09/2016

NOME: VANDALDO FERREIRA ALBUQUERQUE

ALUGO: JOSÉ DOS SANTOS ALMEIDA FRANCISCA FERREIRA DOS SANTOS

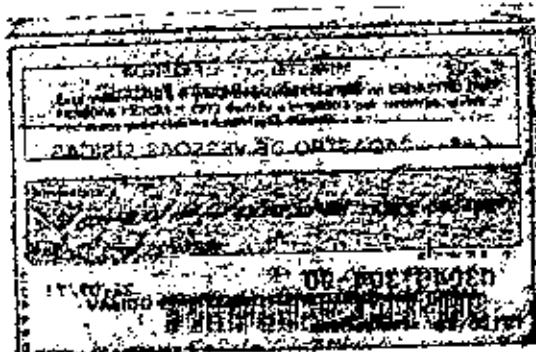
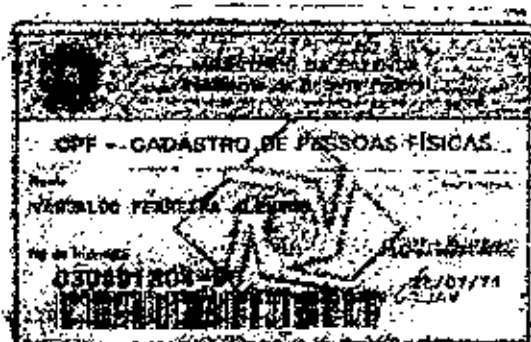
1-11 PALESTRA

CONDADO-PB

DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1971

CERT. NASC. Nº 2.532 - L.M.A. - C.E.S. - CARTÓRIO CONDADO-PB

CPF: 030.441.374-00



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ELI RANGELA SEVERO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 14/01/2018 POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF 417.226.134-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Avará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pela(s) companheira(s), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador _____

E-mail _____

Data 14/08/2018 Assinatura Rizangwa Nwando da Silva IN: 82 9960-0138

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) COPÉLIOS
 Atendente ROSELENE WILMA MARTINS Matrícula 8.478.612.9
 Data: 26/09/18 Assinatura: _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407180/18

Número do Sinistro: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZANGELA SEVERO DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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 cancela 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: 18/01/2019

Nome: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019

Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

CPF: 143.938.707-94

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

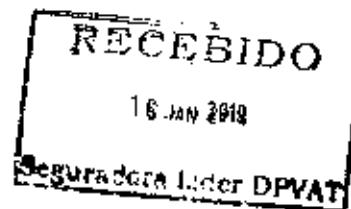
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

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

Comprovação de ato declaratório



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407180/18

Número do Sinistro: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZANGELA SEVERO DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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 cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019

Nome: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-85

Alexandre Tavares Belfort

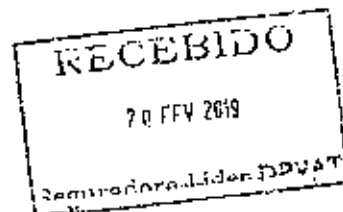
Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Data do Acidente: 14/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIZANGELA SEVERO 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180527058 **Cidade:** Coremas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407180/18

Número do Sinistro: 3180527058

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA
CPF: 117.216.134-80

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407180/18

Vítima: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF: 117.216.134-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2018

Titular do CPF: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA : 117.216.134-80

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: 08/11/2018
Nome: ELIZANGELA SEVERO DA SILVA
CPF: 117.216.134-80

ELIZANGELA SEVERO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3180527058

CPF da Vítima

117.246.134-80

Nome completo da vítima

ELIZÂNGELA SEVERO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ELIZÂNGELA SEVERO DA SILVA		CPF titular da conta 117.246.134-80	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA RAFAEL DUARTE		Número 930	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade CORREIAS	Estado PB	CEP 58770-000
Email			Telefone (DDD) (83) 9983-3370

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
2004

D/V

CONTA

NRO.
74644

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CORREIAS, PB de 11 de Abril de 2019

Local e Data

Elizângela Severo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



OBS. O presente cartão só funciona no modo "poupança"!