

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180544000

Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180544000**.

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

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180544000

Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA KARLA SULINO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

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



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, 20 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180544000**

Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA KARLA SULINO 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 dos cotovelos

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: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000024111-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

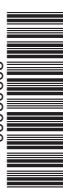
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544000 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

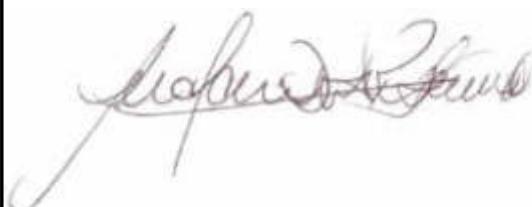
Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

700.685.799-54

Ana Karla Sulino da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ana Karla Sulino da Silva	700.685.799-54	Recuso
Endereço	Número	Complemento
Rua M ^o José de Santos Silva	69	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Lucumagro	João Pessoa	PB
Email	CEP	
	58066-030	
	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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

NºC 3487

D/V

CONTA

NºC 24.511 02

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO
Nome
AGÊNCIA
NºC
Localizar agência
Informar digito se existir
Informar digito se existir

13/10/2018

PROTÓCOLO

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

João Pessoa, 19 de Novembro de 2018

Local e Data

Ana Karla Sulino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOM CA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

04/12/2016	14:44:31
CONVENIO:	000593559
OPERADOR:	Jacke

CONTA: 3487 013 00024-11-2
NOME: ANA KARLA SUL NO DA SILVA
CPF: 700.685.794-54

COD. OPERACAO: 103100518

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

=====
TRANSAÇÃO EFETIVADA OK.
=====

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

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

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

13 NOV. 2018
PROTÓCOLO
C. JOÃO PESSOAS
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01859.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01859.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:59 horas do dia 27 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Ana Karla Sulino da Silva**, CPF nº 700.685.794-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Josefa Sulino da Silva e Jose Carlos do Nascimento Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/02/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José dos Santos Silva, Nº 69, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Posto Ipiranga, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-1922.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, Sítio de Abel, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 02/09/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

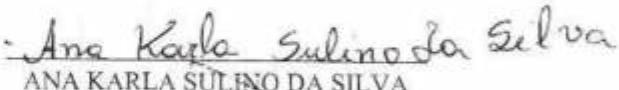
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante, trafegava com o veículo pas/tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN KS,ano e modelo:2012,placa:NQE:7983/PB,Chassi nº 9C2JC4110CR567779, registrado em nome de Fabio Galdino de Souza-CPF nº 024.641.394-83;QUE segundo a notificante seguia normalmente em sua mão quando um veículo gol de cor branca, não sabendo especificar a placa do mesmo , nem o condutor que este vinha na contra mão, e para não haver uma colisão frontal a notificante desviou vindo a cair em um buraco;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 06.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,4

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANA KARLA SULINO DA SILVA

Noticiante


13 NOV. 2018
PROTOCOLO
10. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 01859.01.2018.1.00.420

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01859.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01859.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:59 horas do dia 27 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Ana Karla Sulino da Silva**, CPF nº 700.685.794-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Josefa Sulino da Silva e Jose Carlos do Nascimento Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/02/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José dos Santos Silva, Nº 69, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Posto Ipiranga, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98671-1922.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, Sítio de Abel, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 02/09/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

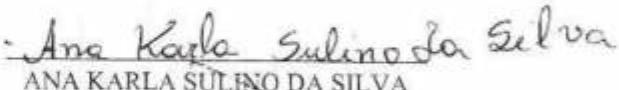
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante, trafegava com o veículo pas/tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN KS,ano e modelo:2012,placa:NQE:7983/PB,Chassi nº 9C2JC4110CR567779, registrado em nome de Fabio Galdino de Souza-CPF nº 024.641.394-83;QUE segundo a notificante seguia normalmente em sua mão quando um veículo gol de cor branca, não sabendo especificar a placa do mesmo , nem o condutor que este vinha na contra mão, e para não haver uma colisão frontal a notificante desviou vindo a cair em um buraco;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 06.06.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S42,4

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANA KARLA SULINO DA SILVA

Noticiante

Procedimento Policial: 01859.01.2018.1.00.420



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Ama Karla Suelino da Silva CPF da Vítima 700 685 794 54 Data do Acidente 02/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jane Pessoa 19 de Novembro de 2018
Local e Data

13 NOV. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
EV-PI-13-NOV-2018

Ama Karla Suelino da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário _____

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal _____

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: 14/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA KARLA SULINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000024111-2

Nr. da Autenticação 0FA1B75E732FD8B5



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para sempre pagamento da nossa fatura da energia elétrica - N° 012.746.077.



ED. INVESTIMENTOS, REAIS, FÁCIL
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.986.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.323-9

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	20/09/2018	192	27/09/2018	R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-005-292-0450
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2018-09-8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, 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 João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.051-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Karla Sulino da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.685.794-89 do sinistro de DPVAT cobertura invalididade da Vítima Ana Karla Sulino da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.685.794-51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	W. Gente Fiscal José B. Duarte	Número	157	Complemento
Bairro	Alambrada	Cidade	João Pessoa	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)	99342-1170	Telefone celular (DDD)

CEP 58056-384

João Pessoa, 08 de outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANA KARLA SULINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	09/02/98
NOME DA MÃE	JOSEFA SULINO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	104033
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1024874
DATA DO ATENDIMENTO	02/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE UMERO ESQUERDO
CID 10	S42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR E DEFORMIDADE NO BRAÇO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO BRAÇO ESQUERDO
EXAMES HEMATOLOGICOS

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX BRAÇO - FRATURA DISTAL UMERO ESQUERDO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO DISTAL ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 08/03/17
DATA DA EMISSÃO: 06/06/18

13 NOV. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESCA
SUSPENSO PREVIDÊNCIAS
ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1024874



Identificação do paciente

ID 1206441	Nome ANA KARLA SULINO DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 09/02/1998	Idade 19 anos 6 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe JOSEFA SULINO DA SILVA			Pai JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA
Escolaridade			Responsável (Parentesco) HELTON JONATA LIMA - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988453233	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Crns	
Local de procedência CONDE		Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58066010	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARIA JOSÉ DOS SANTOS SILVA
Número 69	Complemento		Bairro MUÇUMAGRO

Admissão

Data e Hora 02/09/2017 22:40:54	Número da pulseira 1000006160110	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir



02/09/2017 22:30



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ANA KARLA SULINO DA SILVA		BAE 1024874	Data/Hora Entrada 02/09/2017 22:40:54	Data Baixa
Data de nascimento 09/02/1998		Idade 19	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988453233
Mãe JOSEFA SULINO DA SILVA				Prontuário
Endereço MARIA JOSÉ DOS SANTOS SILVA, 69		Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 02/09/2017 22:40:54		Data/Hora Prescrição 03/09/2017 00:42:04		

Anamnese

ACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 6 HORAS. QUEIXA-SE DE DOR NO COTOVELO ESQUERDO AO EXAME: EDEMA (+/4+) COTOVELO ESQUERDO, SEM FERIMENTOS, NEUROVASCULAR PRESERVADO. RAIOL: FRATURA DISTAL DO ÚMERO CD. SOLICITO TC DO COTOVELO. INTERNAÇÃO SOLICITO EXAMES PRÉ OPERATÓRIOS

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 200 ML DE SF0,9%)

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 200 ML DE SF0,9%)

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

SODIO - SORO

POTASSIO

UREIA - SORO

CREATININA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO ESQUERDO

Conduta

Internar Paciente

LARANJEIRAS PREVIDENCIAS
 13 NOV. 2018
 PROTOCOLO
 1040 PESCA



| Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SAIA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente ANA KARLA SULINO DA SILVA		BAE 1024874	Data/Hora Entrada 02/09/2017 22:40:54	Data Baixa
Data de nascimento 09/02/1998	Idade 19	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988453233
Mãe JOSEFA SULINO DA SILVA				Prontuário
Endereço MARIA JOSÉ DOS SANTOS SILVA, 69		Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR	Nº Cons. Regional 9189/PB
Data/Hora Classificação 09/09/2017 22:40:54	Data/Hora Prescrição 02/09/2017 23:02:57			

Yamnese

PCT VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM BRAÇO ESQUERDO, COM SUSPEITA DE FRATURA. CD-RX DO BRAÇO ESQUERDO E AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

Conducta

Em observação

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR
(9189/PB)

ANA KARLA SULINO DA SILVA

Sole female of *coerulea*
Calurus.

Dr. Roberto A. Sánchez
2020-2021





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 04/09/2017 07:12:58

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANA KARLA SULINO DA SILVA		1024874	02/09/2017 22:40:54	
Data de nascimento 09/02/1998	Idade 19	Sexo Feminino	CNS	Prontuário 104033
Tempo de Internação 1d 4h 32min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 04/09/2017 07:12:54)

Evolução do Paciente

Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL SEM QUEIXAS, AGUARDANDO CIRURGIA.

Setor: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0009

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



RELATÓRIO DE CIRURGIA

✓
HECTESL

Nome: Dra. Maria C. da Silva BE/Prontuário: 1024879
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 02/10/18
 Clínica/Setor: CHF/Int EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Colo de útero 1º Assistente: Dra. F. S. S.
 Cirurgião: Dra. F. S. S. 2º Assistente: Dra. F. S. S. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. Enferm
 Tipo de Anestesia: _____ Hora: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Colo de útero</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Colo de útero</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dra. Jéssica Emilia F. Rabélo
Médica
CRM 100435/PB

João Pessoa. 10/10/18

10/10/18
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
13 NOV. 2018
CIRURGIA PREVENDÊNCIA SIN

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

Posição: Supinação e abdução da extremidade direita, com o cotovelo apoiado na borda da mesa de operação. A extremitade direita é sustentada por almofadas de espuma.

Incisão:

Incisão de 10 cm na borda lateral da articulação do cotovelo, com o pulso apoiado na borda da mesa de operação.

Achados:

- Fratura de 10 mm de comprimento na borda lateral da articulação do cotovelo.
- Fratura de 10 mm na borda medial da articulação do cotovelo.

Conduta:

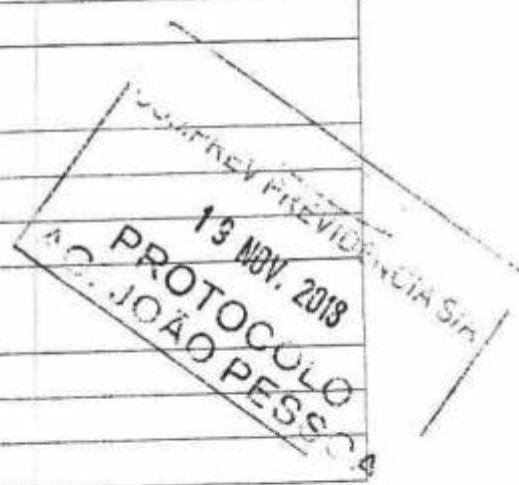
Fratura de 10 mm na borda lateral da articulação do cotovelo com risco de deslizamento. Fratura de 10 mm na borda medial da articulação do cotovelo com risco de deslizamento. Ambas as fraturas com risco de deslizamento. Fratura de 10 mm na borda medial da articulação do cotovelo com risco de deslizamento.

Fechamento:

Fratura fechada.

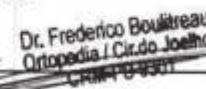
Dra. Jéssica Emilia F. Rabek
CRM 1004584

Observação:



João Pessoa, 104/104

Médico/CRM: _____

Nome: <i>ANA KARLA B. DA SILVA</i>		Nº de BE:	
Idade: <i>02</i>	Sexo: <i>Female</i>	Clínica:	Enf.: <i>Leito:</i>
Data de admissão: <i>02/09/17</i>		Alta: <i>08/09/17</i>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <i>Ex. GENITAL VULVA 01311</i>			
Diagnóstico Definitivo: <i>//</i>			
Diagnóstico Secundário: <i>//</i>			
Principais exames: <i>Ex. VULVA 01310</i>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Dr. PACHECO + Dr. ALAMAR M</i>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Coleta de material: sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/>			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>1º Ato 01/09/17 / 01 SEMANA.</i>			
Dieta: <i>66M (MIL) (MIL)</i>		Orientações Pós Alta	
Reposo: Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: _____			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa <i>08 de 09 de 17</i>		 Dr. Frederico Bouliéau Ortopedia / Cir. do Joelho CRM 19.9301	
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

Nome:			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:				
Cirurgia realizada - data e equipe:				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:				
Orientações Pós Alta				
Dieta: _____				
Repouso:				
Relativo em casa por, _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.				
João Pessoa; _____ de _____ de _____				
Ass. Médico/CRM _____				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

Nota de Sala Cirúrgica

Visita Pré Anestésica

Anes

PRONTUÁRIO

06/09/11 DATA

NOME DO PACIENTE:

Ana Karla Sueli de Sára

Idade:

19 anos

Sexo:

Profissão:

Patologia principal:

Fratura coloverte (C)

Anestesia proposta:

Bloqueio regional

Cirurgia:

	sim	não
Dor no peito, angina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nos esforços: [] peq. [] médios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: [] Tarde [] Verão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nos esforços: [] peq. [] médios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/bronquite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isse/catarr? (cor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
humante: há anos. Parou há	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etilista social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoólatra: há anos. Parou há	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da tireoide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudança no hábito miccional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queimação, azia, H.d.hiato, dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas, vômitos? (cor:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de peso s/dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite, ictericia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está ou pode estar grávida? (DUM: /)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recebeu Transf.sangue? Há	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACEITA transf.sangue numa emergência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sim	não
Alergia a drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a pó, lú, odores, alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a derivado de boracha?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Quadro clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARA CRIANÇAS (0-14 anos)		
A criança é prematura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança tem l de desenvolvimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança está gripada, c/tosse, febre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança tem outra doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
[] diabetes [] doença cvasc. [] miopia		
[] Febre alta durante a anestesia?		
[] Problema durante a anestesia?		
Qual?		

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgia / Anestesia Previas / Complicações

Medicamentos (Dietas)

EXAME FÍSICO

Peso: 57	Altura: PA: P: C: H: H: H: H:	Hipertensão/diurético
Coronáriose, cuspídeo/displ. /baço, cianose/colacionítico, estenico/ancrônico		
Aurícula: R: L: T: E: S: S: S: S:		
Demidura/profunde (inf/sup) (mávvel/fixa)		
Dentes: R: L: T: E: S: S: S: S:		
Abertura da boca: Normal/1		
“coco” normal/corto		
Abertura/extensão do pescoço		
Normal/limitada		
1 Mallampati: 1 2 3 4 distância estenométrica: ≤ 12,5 cm > 12,5		

Anotar de preferência exames com < 01 ano

Hb: 126	N: 3000	Glic: 65	Ct: 96	Ur: 15
Nr: 24	K: 4,4	TC: 100	TS: 10	
Plan: 30/100				
Corpul: [] Normal [] Alterada	TI: 1	TP: 10,5	TTPA: 10,5	ATP: 10,5
RX tórax: / /				
ECG: / / /				

Avaliação clínica

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clínica. Qual:

(VIDE PERSO)

funcional

MÉDICO:
Pra. Luisa Camelo
HCl auxiliante 12/2012
16952 PB 698 3007

MÉDICO:

CONDUTA FINAL:

- Liberado para cirurgia
- Reavaliar na internação motivo(s):
- Reavaliar na SG motivo(s):
- NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):

MPA drogas/dose

DATA: 1/1

PROBLEMAS GRAVES

MÉDICO:

CRM:

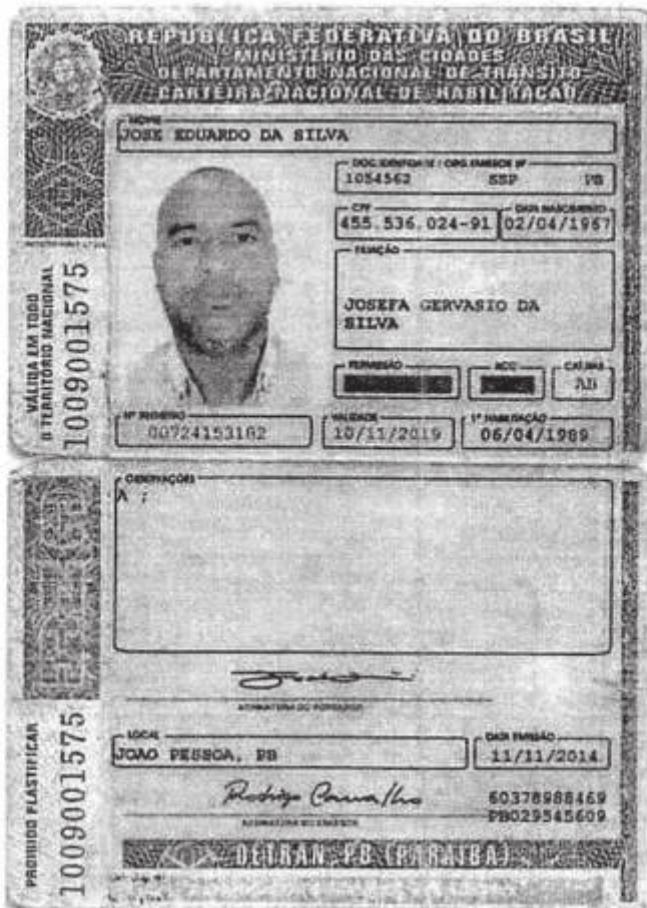
F(NG)ASCIR.621-1

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.539.923 -2 VIA
DATA DE EXPEDICAO 20/01/2016	
NOME ANA KARLA SULINO DA SILVA	
FILIAÇÃO JOSE CARLOS DO NASCIMENTO SILVA JOSEFA SULINO DA SILVA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	09/02/1998
DOC ORIGEM	
NASC.N. 6270 FLS. 055V LIV.A-08	
CARTORIO 10º JOÃO PESSOA PB	
CPF	
700.685.794-54	
 Marcus A. B. Lacerda Jr. Chefe do Núcleo 06 29-08465 Nasc. Civil e Criminal	
B +	



Ana Karla Silveira da Silva

13 NOV. 2013
PROTOCOLO
AN. JOÃO PESSOA



13 NOV. 2018
PROTÓCOLO
N.C. JOÃO PESSOA
SUSPENSO PREVIDÊNCIA SÍN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013152606574	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. REG/ANM	201700008119932	EXERCÍCIO
1	0045950142-9	00/00000000	2017
NOME			
FABIO GALDINO DE SOUZA			
CPF / CNPJ		PLACA	
02464139483		NQE7983/PB	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NOVO	PB	9C2JC4110CR507779	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOL.
HONDA/CG 125 FAN KS		2012	2012
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI		ROXA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IP		00/00/0000	
V FAIXA I.R.V.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
A*****		2*	
9		3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		*****	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGUR		PAG 01/04/2017	
OBSERVAÇÕES			

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PÓRTÉ OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA - 25

14346



Angewandte Mathematik
Dirk Esselmann, Detlef

DATA
17/04/2017
40533

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

PB Nº 013152606574 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 17/04/2017

VIA 1	CPF / CNPJ 02464139483	PLACA NQE7983/PB												
RENAVAM 00459501429	MARAÇA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS													
ANO FAB. 2012	CAT. TABELA 9	Nº CHASSI 9C2JC4110CR507779												
<p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>FMS (R\$) *****</td> <td>DENATRAN (R\$) *****</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$) *****</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CUSTO DO BILHETE (R\$) *****</td> <td>IDEF (R\$) SEGURADO PAGO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) 117.047,20</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA UNICA</td> <td><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> </tr> </table>			FMS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IDEF (R\$) SEGURADO PAGO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) 117.047,20			PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO
FMS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****												
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IDEF (R\$) SEGURADO PAGO												
TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) 117.047,20														
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO												

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.893/0001-04

40533-113B428 20130427

Eu Ana Karla Sulino da Silva, CPF: 700.685-
984-541 ID 3.539.923, residente na ruas
Maria José dos Santos Silva, nº 69 - Bucumago
João Pessoa - PB.

Declaro para os devidos fins que sou proprietária
com a moto marca e modelo: Honda CG 125
FRANK, ano e modelo 2012, placa nº E 7983/PB,
chassi nº AC23C4110CR567779 registrada em nome
Fabio Caldino de Souza - CPF: 024.641.394-83, que
não o conheço e não tenho como localizá-lo pois
adquiriu a referida moto de uma terceira pessoa
que também não conhece a pessoa de Fabio Caldino
que também não conhece o nome de Fabio Caldino
não sei onde o mesmo reside e não tenho como locali-
za-lo.

Venho por meio desse solicitar que seja
marcada minha perícia médica a seguradora
Sider mediante a documentação anexada.

João Pessoa, 30-11-18.

Ana Karla Sulino da Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
07 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Eu Ana Karla Sulino da Silva, CPF: 700.685-
984-541 ID 3.539.923, residente na ruas
Maria José dos Santos Silva, nº 69 - Bucumago
João Pessoa - PB.

Declaro para os devidos fins que sou proprietária
com a moto marca e modelo: Honda CG 125
FRANK, ano e modelo 2012, placa nº E 7983/PB,
chassi nº AC23C4110CR567779 registrada em nome
Fabio Caldino de Souza - CPF: 024.641.394-83, que
não o conheço e não tenho como localizá-lo pois
adquiriu a referida moto de uma terceira pessoa
que também não conhece a pessoa de Fabio Caldino
que também não conhece o nome de Fabio Caldino
não sei onde o mesmo reside e não tenho como locali-
za-lo.

Venho por meio desse solicitar que seja
marcada minha perícia médica a seguradora
Sider mediante a documentação anexada.

João Pessoa, 30-11-18.

Ana Karla Sulino da Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
07 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544000 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544000 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544000 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Ana Karla Sulino da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão estudante, CI RG nº 3.539.923, CPF/MF nº 300.685.794-521, residente e domiciliado(a) à Rua 2.º de Março José dos Santos Silva 69, Bairro: Lourdes, Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, CEP: 58066-010, telefone (83) 98663-2900, (83) 98660-2858.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

TraS permanente - PM, 27 de setembro de 2018.

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419114/18

Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA

CPF: 700.685.794-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ANA KARLA SULINO DA SILVA : 700.685.794-54

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: 19/11/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419114/18

Número do Sinistro: 3180544000

Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA

CPF: 700.685.794-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/01/2019

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

Data do cadastramento: 07/01/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419114/18

Número do Sinistro: 3180544000

Vítima: ANA KARLA SULINO DA SILVA

CPF: 700.685.794-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: ANA KARLA SULINO DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/01/2019

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

Data do cadastramento: 07/01/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA