

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10774298

A/C: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170142138 ASL-0097391/17

Vitima: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Data Acidente: 24/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2017

Carta nº: 10789128

A/C: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Sinistro: 3170142138 ASL-0097391/17
Vítima: SEVERINA JANAINA DE LIMA
Data Acidente: 24/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10879073

A/C: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Sinistro: 3170142138 ASL-0097391/17
Vítima: SEVERINA JANAINA DE LIMA
Data Acidente: 24/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000002159-8

Conta: 0000019570-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT
DOCUMENTO 1 - T1%

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



AMPO 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 Severina Janaina de Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 3577.262

EXPEDIDO POR SSAS

EM 25/08/2007

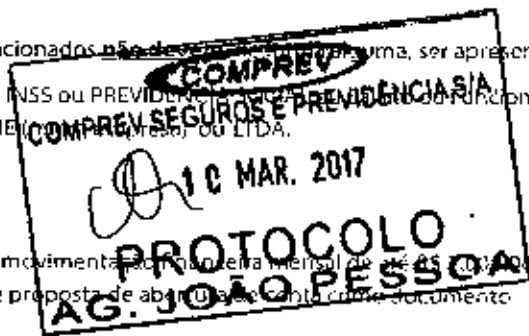
CPF 0194532584-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO diarista

RECEITA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEVERINA JANAINA DE LIMA, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ~~não devem~~ **devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA, PREVIDÊNCIA Social ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (Microempresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2159-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00195707

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

JOÃO PESSOA 13 de FEVEREIRO de 2017

LOCAL E DATA

Severina Janaina de Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 0800-0221204.



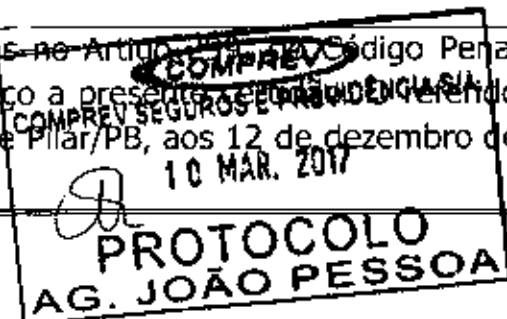


CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0303/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0303/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 12 de dezembro de 2016, nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:55, compareceu o Sr(a). **SEVERINA JANAINA DE LIMA**, brasileira, **união estável, agricultora**, com 29 anos de idade, nascida em 15/04/1987, natural de Itam/PB, filha de Maria da Conceição de Lima Pontes e de pai não declarado, residente à Rua das Pedras, s/nº, Pilar-PB, RG nº 3577262, CPF nº 094.552.584-20 telefone (83) 986632128, **NOTICIOU**:

Que no dia 24/11/2014, por volta das 05h:40min, a noticiante estava na pista em frente ao Colégio Augusto de Brito na cidade de Pilar quando se deparou com uma motocicleta que passou em alta velocidade, atropelando a noticiante no acostamento da pista; Que o piloto da motocicleta não prestou socorro se evadindo do local; Que a noticiante foi atendida pela ambulância de Pilar e foi encaminhada ao Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena; Que a noticiante apresentou o laudo médico com as seguintes informações: NOME DO PACIENTE: SEVERINA JANAINA DE LIMA, BOLETIM DE ENTRADA Nº 796.308, PRONTUÁRIO Nº 84.618, MOTIVO DO ACIDENTE: ATROPELAMENTO DE MOTOCICLETA, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA; Que a noticiante não chegou a pegar a placa da motocicleta, pois desmaiou no local do fato; Que a noticiante deseja com esta certidão solicitar o seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, pede que encerre a presente ocorrência.

Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 259 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, explico a presente certidão declarando é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 12 de dezembro de 2016, eu Policial Civil que digitei, e assino.



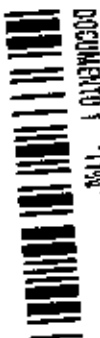
SEVERINA JANAINA DE LIMA

Noticiante

PAULA DA COSTA PINTO

Policial Civil

Mat 182.031-1



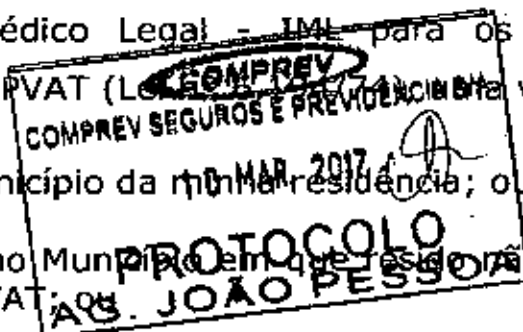


DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Severina Janaina de Lima,
portador da carteira de identidade nº 3577262 e inscrito no
CPF nº 094.552.584-20, residente e domiciliado na
Rua das Pedras 514, Centro, Pilar / PB
Cidade Pilar

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) da 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;
- (X) 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.

X Severina Janaina de Lima
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2017
Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na _____, cidade _____, Estado _____, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 3.500/1966) em duas vezes.

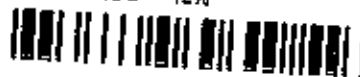
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município de _____ realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT.
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) 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 pericia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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 pericia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante _____
Data _____

Assinatura do _____



Ato declaratório



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINA JANAINA DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	15/04/87
NOME DA MÃE	MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA PONTES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	796.308
PRONTUÁRIO N.º	84.618
DATA DO ATENDIMENTO	24/11/14
HORA DO ATENDIMENTO	06:55
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATOPELAMENTO POR MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.
CID 10	V 02 + S 82.2.0 + S 82.4.0 + T 01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, ENCAMINHADO POR HOSPITAL DE PILAR, APRESENTANDO TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL + DOR + EDEMA + IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM MIE + ABRASÕES EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS REALIZADOS E PREVIDÊNCIA S/A.

TC DE CRÂNIO

RX DE BACIA

RX DE TÓRAX

ECG + RISCO CIRÚRGICO

RX DA PERNA ESQUERDA- RELATO COT- FRATURA DA OMFISE DISTAL E FRATURA PROXIMAL DE FÍBULA ESQUERDA.

EXAMES LABORATORIAIS

COMPREV

R 10 MAR, 2017

PROTOCOLO

DR. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDA A REDUÇÃO + FIXAÇÃO CRUENTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. OPERADA POR DR. KARTNEY + DR. ODILON. MEDICADA + TALA COXO-PODÁLICA.

ALTA HOSPITALAR: 04/12/2014

DATA DA EMISSÃO: 16/11/2015 (SEGUNDA VIA EMITIDA EM 29/04/16)

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINA JANAINA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000019570-7

Nr. Autenticação

BRDESCO200420170500000000002370215900000001957084375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINA JANAÍNA DE JIMA

RG nº 3577 262, data de expedição 25/08/2007,

Órgão SSDS, CPF nº 094.552.594-20, 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 das Pedras</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pilar</u>
Estado	
CEP	<u>58.338-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 30321329 / (83) 99921-9283</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa

17/02/2017



Severina Janaina de Jima
Assinatura do Declarante

2. Energy

Note: Faculty will be charged a fee of \$4000 per student per semester.
 Contact: info@ednet.ca or 1-800-387-2323

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora):** 5/228781-1

Capital de empreitada

Apresentação

27/12/2018

Data prevista di prossima uscita

25/01/2017

CPH CNP3 RAN1

Anterior		Posterior		Constante	Consumo	Clas
Dira	Labura	Dira	Labura			
289.416	6302	271.216	6302			

Faturas em atraso

05/12/2018 17:11

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor
Consumo em R\$ 10	10	0.44275	4.4275
Adm. B. Amortiza			0.00
ICMS			1.35
PIS			0.22
COTING			3.87
ENCARGOS E SERVIÇOS			
CONTABILIZAÇÃO LUBRIFICANTE			7.38
LUBRIFICANTES			2.87
LUBRIFICANTES			1.00
MULTA 05/2018			1.01
MULTA 10/2018			1.25
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (R\$ 10)			0.00

Histórico de Consumo

Nov18	105
Oct18	134
Sept18	113
Aug18	122
Jul18	98
Jun18	116
May18	181
Apr18	115
Mar18	117
Feb18	110
Jan18	107
Dec17	174

	BASE DE CÁLCULO	AJUSTE	VALOR R\$
ICMS	86,14	77,00	17,85
PIS	80,14	1,0102	0,65
COFINS	88,14	9,425	3,07

VEREDIMENTO	TOTAL A PAGAR
04/01/2017	R\$ 80,01

Receba dois Livros grátis
inscrevendo-se em 100 segundos

[illegible]

57eb.891a.dc15.98f6.321c.12ef.8f77.6a3d

Indicadores de Qualidade: 16/2016-10000

Limites da ANCEL	Aprox. 2006	Limite de Tensão (V)
60% MENOR	0,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	1,00	
60% - 70% ANUAL	2,00	60% - 70%
60% - 70% SEMESTRAL	3,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	4,00	
60% - 70% ANUAL	5,00	
60% - 70% SEMESTRAL	6,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	7,00	
60% - 70% ANUAL	8,00	
60% - 70% SEMESTRAL	9,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	10,00	
60% - 70% ANUAL	11,00	
60% - 70% SEMESTRAL	12,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	13,00	
60% - 70% ANUAL	14,00	
60% - 70% SEMESTRAL	15,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	16,00	
60% - 70% ANUAL	17,00	
60% - 70% SEMESTRAL	18,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	19,00	
60% - 70% ANUAL	20,00	
60% - 70% SEMESTRAL	21,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	22,00	
60% - 70% ANUAL	23,00	
60% - 70% SEMESTRAL	24,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	25,00	
60% - 70% ANUAL	26,00	
60% - 70% SEMESTRAL	27,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	28,00	
60% - 70% ANUAL	29,00	
60% - 70% SEMESTRAL	30,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	31,00	
60% - 70% ANUAL	32,00	
60% - 70% SEMESTRAL	33,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	34,00	
60% - 70% ANUAL	35,00	
60% - 70% SEMESTRAL	36,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	37,00	
60% - 70% ANUAL	38,00	
60% - 70% SEMESTRAL	39,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	40,00	
60% - 70% ANUAL	41,00	
60% - 70% SEMESTRAL	42,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	43,00	
60% - 70% ANUAL	44,00	
60% - 70% SEMESTRAL	45,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	46,00	
60% - 70% ANUAL	47,00	
60% - 70% SEMESTRAL	48,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	49,00	
60% - 70% ANUAL	50,00	
60% - 70% SEMESTRAL	51,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	52,00	
60% - 70% ANUAL	53,00	
60% - 70% SEMESTRAL	54,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	55,00	
60% - 70% ANUAL	56,00	
60% - 70% SEMESTRAL	57,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	58,00	
60% - 70% ANUAL	59,00	
60% - 70% SEMESTRAL	60,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	61,00	
60% - 70% ANUAL	62,00	
60% - 70% SEMESTRAL	63,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	64,00	
60% - 70% ANUAL	65,00	
60% - 70% SEMESTRAL	66,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	67,00	
60% - 70% ANUAL	68,00	
60% - 70% SEMESTRAL	69,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	70,00	
60% - 70% ANUAL	71,00	
60% - 70% SEMESTRAL	72,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	73,00	
60% - 70% ANUAL	74,00	
60% - 70% SEMESTRAL	75,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	76,00	
60% - 70% ANUAL	77,00	
60% - 70% SEMESTRAL	78,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	79,00	
60% - 70% ANUAL	80,00	
60% - 70% SEMESTRAL	81,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	82,00	
60% - 70% ANUAL	83,00	
60% - 70% SEMESTRAL	84,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	85,00	
60% - 70% ANUAL	86,00	
60% - 70% SEMESTRAL	87,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	88,00	
60% - 70% ANUAL	89,00	
60% - 70% SEMESTRAL	90,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	91,00	
60% - 70% ANUAL	92,00	
60% - 70% SEMESTRAL	93,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	94,00	
60% - 70% ANUAL	95,00	
60% - 70% SEMESTRAL	96,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	97,00	
60% - 70% ANUAL	98,00	
60% - 70% SEMESTRAL	99,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	100,00	
60% - 70% ANUAL	101,00	
60% - 70% SEMESTRAL	102,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	103,00	
60% - 70% ANUAL	104,00	
60% - 70% SEMESTRAL	105,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	106,00	
60% - 70% ANUAL	107,00	
60% - 70% SEMESTRAL	108,00	
60% - 70% TRIMESTRAL	109,00	
60% - 70% ANUAL	110,00	
60% - 70% SEMESTRAL	111,00	

Abstract. We study the asymptotic behavior of the eigenvalues of the Laplacian on a Riemannian manifold with boundary as the dimension tends to infinity. The eigenvalues are ordered by multiplicity and we show that they grow at a rate determined by the volume of the manifold. This result is a generalization of a theorem of Berezin and Feshbach.

Outorga/Indicadores	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M da Estação de Tratamento de Esgoto	18,8	21,15
Serviços de Esgoto	19,8	24,78
Serviços de Transmissão	1,1	1,45
Esgoto Sanitário	0,6	0,31
Ingressos, Obras e Esgoto	25,4	44,37
Outros Serviços	0,01	0,00
Total	88,71	100,00

Walter de Gruyter GmbH 2012

ATENÇÃO

REALISMO DE VENCIMENTO Caspary (G) recebeu o acórdão do TST em 14/01/2017, porém, não se adiantou a fundamentação pedida, sob o fundamento de que a 1401/2017 Confine Resoluções 4 e 44 do COTEC. O pagamento atual seria dado pelo sistema de prestação de serviço suspenso, da forma prevista, caso o mesmo não seja considerado em caráter provisório, mediante os critérios estabelecidos para o caso. Caspary não efetuou o pagamento até 31/03/2017, porém, desistiu de fazer essa manifestação. Fica a sugestão à instância de análise de prazos de interposição de recurso de impugnação.

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

04/01/2017 R\$ 80,01

83650000000-2 800-10054000-7 02287812016-5 12000120018-1



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 MAR. 2017

PROTOCOLLO
AG. JOÃO PESSOA



Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Saúde



GOVERNO
DA PARAIBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593762 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 796305

Identificação do paciente

ID 811545	Nome SEVERINA JANAINA DE LIMA	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Sexo Feminino
Data de nascimento 15/04/1987	Idade 27 anos 7 meses 9 dias			Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DE LIMA			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86454662		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CPF	Número documento 09455258420		NP Cns 160538101510007	
Local de procedência PILAR			Tipo MUNICIPIO	UF PB
			CBO/R	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade PILAR			

Endereço

CEP 58338000	Município de residência PILAR
Número S/N	Complemento

Admissão

Data e Hora Praxista 26/11/2014 06:55:45	Número da pulseira 2614328
---	-------------------------------



Especialidade
CLINICA GERAL

Classificação de risco
VERMELHA

Caráter de atendimento
URGÊNCIA

Motivo do atendimento
ATROPELAMENTO

Logradouro
DAS PEDRAS
CENTRO

Convênio
SUS

Origem do paciente
OUTRA UNIDADE DE SAUDE

Detalhe do acidente
MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por
JOSEFA BARBALHO FERNANDES

Imprimir

CRÂNIO
24 11 14

Primeiro Atendimento Médico

UT - NRSU - 1970-1200
HME: MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA

END: DAS PEDRAS
N. 5/X - CENTRO
PILAR
FONE: (1)
CELULAR: (63) 86404662
IDADE: 27
DT. ENTRADA: 24/11/2018 06:05:45

PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

1. Trauma de Abordamento por moto, com trauma em região ventral e possível fratura de MTE

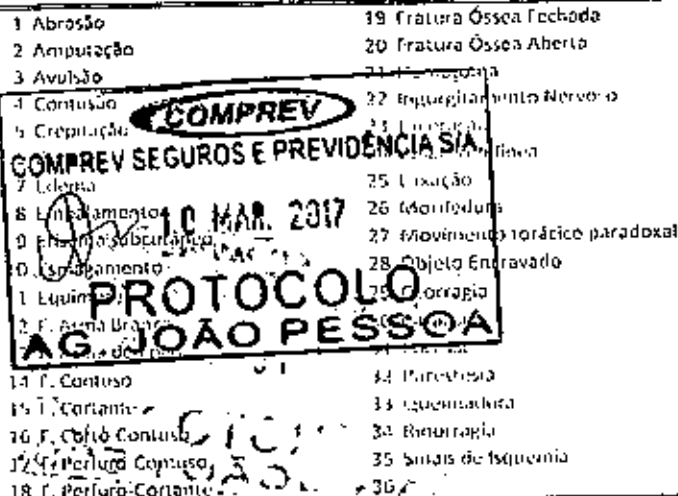
FRATURA DA TIBIA (DIÁFISE) E FRATURA PROXIMAL DA FIBULA ECA.

EXAME PRIMÁRIO VIAS ☒ Perivas ☐ Obstruídas AÉREAS ☐ Sim ☒ Não CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sim ☐ Não ☐ Com eficiência ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA ☐ APNÉIA AUSCULTA PULMONAR: 3. MURMÚRIO VESICULAR ☒ Presente e normal ☐ Ausente ☐ Sim ☐ Não HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores HTL: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores TR: ☐ 20 ☐ Imp ☐ SaO₂ % DEFICIT NEUROLÓGICO Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Pupílicas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Escala de Glasgow:	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 10 MAR. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA COR DA PELE: TEMPERATURA DA PELE: RITMO: BULHAS: SOPRO: BE OU B4: FC: ☐ mmHg T: ☐ °C ECG:	☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica ☐ Pleórica ☐ Ictérica ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Não ☐ Ausente ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☒ Ausente ☐ Hipofonéticas ☐ Hipofonéticas ☐ Ausente ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Sim ☐ Não ABDOMEN: <i>Abundante, flácido e indolor</i>
--	--	---

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (≤4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	5	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
Ao verbalizar	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contato estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (descoordenação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (descoordenação)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

ALERGIA:	() Não	() Sim
MEDICAMENTOS:	() Não	() Sim
IMUNIZAÇÃO	() Não	() Sim
PATOLOGIA	() Não	() Sim
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não	() Sim

lequel il y a un lien de correspondance au fait



superfície corporal lesada [região da palma^a]

134

- ☒ Radiografia
- ☐ Ultrassonografia (FAST)
- ☒ Tomografia computadorizada

fratua eor pua E
p/cirupia p/curu

CFR 044.843-694-2

() Gynaemetry. *Orthopaedia & Traumatologia*

၂၄၂

ASSINATURA E CARIMBO

1 1: Alergiant
2
3 Ringer lactato 500ml 2 etapas
4
5 Depirona 20ml + 20ml AS no 6/6h
6
7 Filatol 40mg + 20ml AS no 12/12h
8
9 Sutura 0/0, 1/0 e 2/0 de Cir
10

Dr. Volker H. Hoffmann
Erfinder und Erfinder
1987

Dr. Valéria Mendes Vieira
Clínica de Odontologia
CRM 4652

Solicito parecer de
Solicito parecer de

1) Συνοπτική παρουσίαση

() Transferecia (unidade de saúde)

[] **interrando** (vector)

() **Այլ հոսքեր**

{ 10bits { 1 Ale 48 hrs.

() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido

☐ JÓbigo ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs.

✓ () A realized

המלצה (JEML

() Desiderata

() 5VQ

861#2N 4.251E2.714.1

05/27/19

ANALYSIS OF THE DATA FROM THE SURVEY

ÀÀÀÀÀ

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2Instituto de Saúde
SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

MENTO EXECUTANTE

Paciente
NTE

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

ACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

COMAREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 MAR. 2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O S. Blaca estreita de do fígado +
Paraf. bot. n.º: 221, 241, 261 e 281.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Rigildo Guimarães de Sá
Med. Cir.

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO ESPECIAL

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS) - CONTINUAÇÃO

50- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51- CÓD DO PA...	
53- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54- CÓD DO PROCED...	
56- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57- CÓD DO PROCEDIMEN...	
58- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60- CÓD DO PROCEDIMENTO ES...	
62- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPEC	
65- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
68- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
71- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73- QTD
74- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76- QTD
77- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78- QTD
80- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82- QTD
83- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85- QTD
86- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	86- QTD
89- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91- QTD
92- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94- QTD
95- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96- CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97- QTD

98- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

 19 MAR 2017

 PROTOCOLO

 JOAO PESSOA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

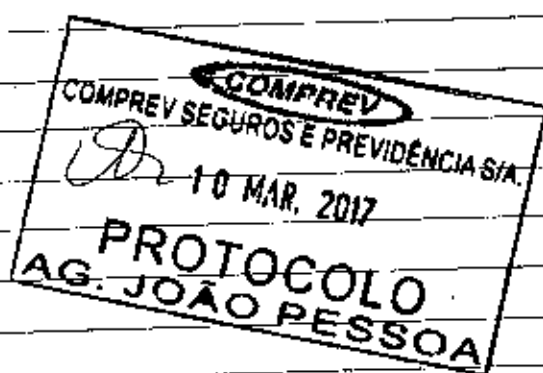
100- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Severina, Jovanna Lúcio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<u>Ortopedia</u>
		Paciente submetida a cirurgia de artroscopia do joelho, produzindo uma infecção.
		Paciente evoluiu bem e sua permanência no hospital foi curta.
		cd: vfm
		Dr. Brício Kelton B. Gonçalves Médico CRM-PB 7884



Nome: Saraiva Jussara Lima BE/Prontuário: _____
Idade: 27 Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 28/11/2014
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Koutury 1º Assistente: Dr. Od. Lee
2º Assistente: Dr. Bruno MRL 3º Assistente: Dr. Ricardo MRL
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CMO
<u>Fratura da om. do fêmur @</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fratura da om. do fêmur @</u>	
<u>om. do fêmur @</u>	
<u>AO</u>	
10 MAR. 2017	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

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: Dr. Brício Kelson B. Gonçalves
Médico
CRM: 7554

João Pessoa, 28/11/2014

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em DM com anestesia geral

② Anestesia + antiespasmódico + irrigação de campos operatórios

Incisão:

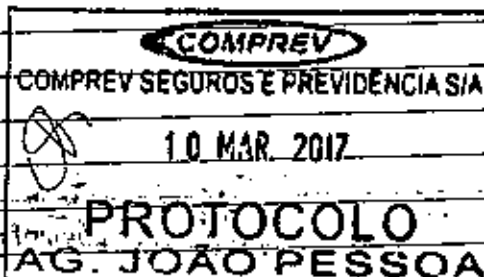
③ Incisão mediana longitudinal por plano

Achados:

④ Achados favoráveis fútero em relação à víscera ⑤

Conduta:

⑥ Anestesia geral e fútero em relação ao plano DCP 4.5 estuda de 20 graus com 8 perfurações verticais



Fechamento:

⑦ Freioamento por 2 pontos

⑧ Curativos estéticos

Observação:

Dr. Brian Leão B. Gonçalves

João Pessoa, 28/03/2014

Médico/CRM:

CRM 22.7054

F(NG)ASCIR.009-1



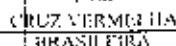
HIE TSHU

796 305

ente
Seminário Povoado de Loure

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
29/11	14:00	Paciente evolui com boa evolução, orientado; Normotensa; SUP em 110; exames em 02 unidades; apêndice, hemostático; fígado com queixas alérgicas de náuseas; Eliminação urinária espontânea positiva (VU). Fígado em unidades da enfermagem. (Apresenta transição p/ o Htop).

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 18 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

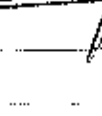
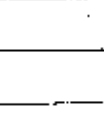


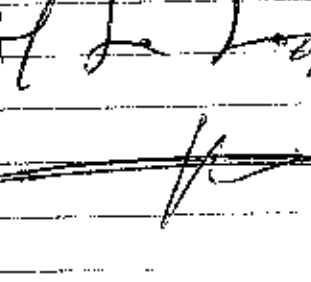
2614728 BE.: 796305
SEVERINA JANAINA DE LIMA
DT NASC.: 15/04/1987
NME: MARIA DA CONCEICAO DE LIMA

END.: DAS PEDRAS
N. S/N + CENTRO
PILAR
FONE: []
CELULAR: (81) 86454562
IDADE: 27
DT. ENTRADA: 24/11/2014 06:55.45

NOME DO PACIENTE: _____

Severina Janaina de Lima

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
24/2/14		Paciente internado p/ cirurgia de Hérnia de Jernu E.  Dr. Manoel Marques de Moraes CPF: 044.943.694-20 CRM: 0000 Ortopedia e Traumatologia
30/10/14	7	Muito + frente este estado exat. ca: Af de Locomo 



1.44

124

Chung Cheng

[illegible]

6349 JULY 2004

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

FICHA DE
ANESTESIA

DATA: 11/11/17		PACIENTE: Maria da Conceição Lima		SEXO: F	COR: Br	IDADE: 74	REGISTRO: 790508
HOSPITAL: H. A. J. P.		CATEGORIA:		ACOMODADO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: FONE:	
PRESSÃO ARTERIAL: 130/80		PULSO: 120 bpm		RESPIRAÇÃO: 20 rpm		TEMPERATURA: 36,5°C	
ESTADO GERAL: BOM		REGULAR		MAU		PESIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES:		AP. RESPIRATÓRIO: MVA 8 RA		AP. CIRCULATÓRIO: Rm, 15		GRUPO SANGÜÍNEO:	
AP. DIGESTIVO: OK		ESTADO MENTAL: lucido		UROGAS EM USO:		ESTADO FÍSICO (ASA): 1 2 3 4 5 6	
PRÉ ANESTÉSICO DOSE/HORA: 17		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico do Tratamento de Ovario de Parede e Ligamento		CIRURGIÃO: D. B. F. M.	
TIO DA ANESTESIA: 17:30 h		TERMINO DA ANESTESIA: 19:00 h		DURAÇÃO DA ANESTESIA:		VALOR R\$:	
ÍNDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE OX:		ANESTESISTA: Dr. Devylla Pereira		CRM PB:	
AGENTE / HORA: 17:30 h		18:00 h		18:30 h		19:00 h	
LÍQUIDOS VENOSOS: 100 ml		LÍQUIDOS PULSOS: 100 ml		LÍQUIDOS SISTÓLICA: 100 ml		LÍQUIDOS DIASTÓLICA: 100 ml	
ANESTESIA X PARTIAL:		ANESTESIA X PARTIAL:		ANESTESIA X PARTIAL:		ANESTESIA X PARTIAL:	
SETORIZAÇÃO: PARTIAL		F.E.G.		OX. PULSO:		ANOTAÇÕES:	
ANESTESIA GERAL		RAQUIANA		EPIDURAL		BLOQ. PLEXO	
BLOQ. NERVOS		PLTROS		TECNICA: Anestesia Geral com Alcool 70% e Hio 100 mg		LÍQUIDOS: VOLUME EM ML	
GLICOSE: 100 mg		NACL: 100 ml		SANGUE: 100 ml		RINGER: 100 ml	
TOTAL: 100 ml		DESTINO DO PACIENTE: APT		UTI		RESIDÊNCIA	
OUTROS: RPA		ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Devylla Pereira		CRM 52.85618-9		17	

DOCUMENTO 5 *TS*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA VLA-01

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



Serapina da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LAJEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

094 552 584 20

SERAPINA JANAINA DE LIMA

16/04/1997



VALUACAO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
3.577.262 DATA DE EXPEDICAO 25/08/2007

NEVERINA JANAINA DE LIMA

DATA DA CONCLUSÃO DE LIMA PONTES

DATA DE NASCIMENTO
15/04/1987

MARC.N. 6942 FLS. 9GV LIV. AB
CARTEIRO JURUPIRANGA-FB

[Signature]
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 20/06/73

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



[Signature]
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINA JANAINA DE LIMA** Sinistro: **3170142138** Data: **24/11/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DAS PEDRAS, SN - CENTRO - Pilar - PB - CEP 58338-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3577262**

Data local do exame: [**18/04/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura tibia/fíbula ESQ. Pct entra no consultório claudicando. Tem cicatriz cirúrgica ântero-medial longitudinal na perna ESQ (+/-20cm), há depressão no 1/3 médio da cicatriz cirúrgica.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ADM do joelho preservada, porém com creptação à flexo-extensão. ADM do tornozelo ESQ diminuída (-10º no final da dorsi-flexão/ 10º no final da flexão plantar).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Está de alta do seguimento ambulatorial que fazia. Tem diminuição da ADM do tornozelo ESQ e extensa cicatriz cirúrgica na perna ES.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Perna ESQ.

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Não porta exame de imagem

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Severina Janaina de LimaDATA DO ACIDENTE: 24/11/2014 CPF DA VITIMA 094.552.584-20PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Severina Janaina de LimaQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 00 VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VITIMA É Severina Janaina de LimaENDEREÇO DO PORTADOR Rua das PedrasNº 81N COMPLEMENTO Celular BAIRRO CelularCIDADE Piracaia UF PA CEP 59.338-000E-MAIL TELEFONE (83) 99921-9223

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA INEXISTÊNCIA DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTERAÇÃO
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 085 - REPRESENTANTE LEGAL (QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 085 - REPRESENTANTE LEGAL (QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.OPVATSEGURODOTRANSMITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA: 14/02/17IDENTIFICAÇÃO: 3577-262ASSINATURA: Severina Janaina de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:

DATA: NOME: ASSINATURA:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170142138

Cidade: Pilar

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Data do acidente: 24/11/2014

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70%

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170142138

Cidade: Pilar

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINA JANAINA DE LIMA

Data do acidente: 24/11/2014

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura tíbia e fíbula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente entra no consultório claudicando. Tem cicatriz cirúrgica ântero-medial longitudinal na perna ESQ (+/-20cm), há depressão no 1/3 médio da cicatriz cirúrgica. ADM do joelho preservada, porém com creptação à flexo-extensão. ADM do tornozelo ESQ diminuída (-10º no final da dorsi-flexão/ 10º no final da flexão plantar).

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico. Está de alta do seguimento ambulatorial que fazia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/04/2017

Conduta mantida:

Observações: Não porta exame de imagem.
Indenização em grau leve do tornozelo devido à limitação da flexo-extensão (redução de 10 graus e 10 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

