

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 JOSE OVALUO BATISTA DE LIMA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.886.574 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
ANDREIA ARAÚJO FIGUEIREDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 123.957.937 / 04
do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da Vítima ANDREIA ARAÚJO FIGUEIREDO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 123.914.917 / 04, 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: <u>Rua Antonio Barreto</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>Casa.</u>
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>PARÁ</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail: <u>joacilio_batista@gmail.com</u>	CEP: <u>58707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 99131-7273</u>

Local e Data: PARÁ, 15 AGOSTO DE 2018

JOSE OVALUO BATISTA DE LIMA
Assinatura do Declarante

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
RONE HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO VERMELHO
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO

NOME SOCIAL MARIA VILTOR ARAUJO FIGUEIREDO
FILIAÇÃO I 06/08/1984
NASCIMENTO DO LAR
PROFISSÃO RUA JOSE ESPEDIAO RIBEIRO
ENDEREÇO MATURÉIA
CIDADE (83)9985-8559
TELEFONE R.G.

Nº

U.F. PB

FILIAÇÃO II FRANCISCO SALES ARAUJO FIGUEIREDO
IDADE 34a 10m COR PARDO GÊNERO F

BAIRRO CENTRO
CEP 58737000
CELULAR

CNS
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

CPF

REG. NASC.

F.A.A 48545
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 14/06/2019 Horário: 20:23
CARATER 02 -URGÊNCIA
ENVIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE AMBULANCIA BRANCA
PRESTADOR TEOFILO GREGORIO DE ANDRADE

PRONTUÁRIO 26597

OPERADOR EALVES
TIPO DE SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X nuHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente de moto em 14/06/2019, às 20:23h, em uma via pública, com lesões em membros inferiores.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
A não

ANÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAIMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

27 SET. 2019

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	48551	PRONTUÁRIO	26597
DATA	14/06/2019	HORA	22:48
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	EALVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	ANTONIO IVANES DE LACERDA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO	IDADE	34a 10m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA VILTOR ARAUJO FIGUEIREDO		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO SALES ARAUJO FIGUEIREDO		
CIDADE	MATUREIA PB 58737000		
ENDEREÇO	RUA JOSE ESPEDIAO RIBEIRO		
BAIRRO	CENTRO		
URUBALIDADE	RIO DE JANEIRO		
TELEFONE	83998585599	CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	
P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	06/08/1984	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	DO LAR

RESPONSÁVEL ANA CAMILA CARME DE LIRA Ass. Resp./Paciente *Ana Camila C. de Lira*

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

Paciente vítima de acidente de trânsito, sofreu
1. Fratura de metacarpo E
2. Fratura exposta do punho E
em trânsito de um carro em movimento, sem uso de cinto de segurança.

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

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura de metacarpo E /*

Fratura exposta do punho E /

DADOS DA SAÍDA

Data *21/06/19* Hora *07* H *00* Min

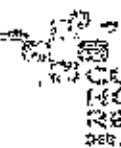
MOTIVO

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

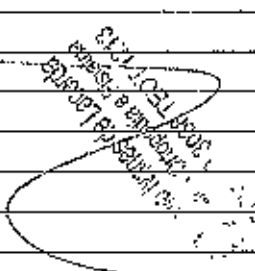
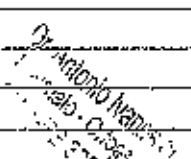
MÉDICO/CRM

ST-10.1.0032-0000
 EXPEDIENTE
 EP 0001/19
 SILEM JUN

João H. Silveira Laureano
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PA 2417

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE MELIMIDY CORDEIRO		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE 	
Nome do Paciente:				Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: 14/05/19		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: J. Ramos		1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:	
Anestesia: Lene		Tipo de Anestesia: Alérgica			
Diagnóstico Pré- Operatório: Fratura exposta do mto + fratura de base do maxilar + fratura da base do maxilar inferior					
Tipo de Cirurgia: Cirurgia					
Diagnóstico Pós- Operatório: DSS para fixação da fratura do maxilar e do mto por falta de fio de sutura					
Relatório Imediato do Patologista:					
Exame Radiológico no ato:					
Acidente Durante a Cirurgia:					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

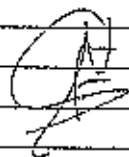
DSS para fixação da fratura do maxilar e do mto por falta de fio de sutura	
Relato de Paulo. O paciente foi operado por falta de fio de sutura	
	
	

RELATÓRIO DE CIRURGIA

27 SET. 2019

 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DR. JANDURY CAVALCANTI		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: ANDRÉIA AMARAL FIGUEIRA					Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: 20/06/19		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: DR. FÁBIO SPÁ		1º Auxiliar: DR. JOÃO SASSANO				
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:		
Anestesia: DR. VITOR			Tipo de Anestesia: BLOQUEIO PLEO GERAL			
Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RÍMULO ANTÉRIO						
Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE DO RÍMULO ANTÉRIO						
Diagnóstico Pós-Operatório: DCM						
Relatório Imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato: NÃO						
Acidente Durante a Cirurgia:						
NÃO						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DORSAL PARA CIRURGIA
2. ASSÉDIO E ANTÍSSÉPSIS
3. CORTES EM LÍNEA CURVADA
4. VIA DE ACESSO POSTERIOR AO RÍMULO ANTÉRIO
5. REDUÇÃO CLOTTADA E OSTEOSINTESE COM PLACA DE 3,5 CM E PARAFUSOS CORTICIS 3,5 CM
6. SUTURA
7. CURATIVO
DR. FÁBIO SPÁ
CPM G19


RELATÓRIO DE CIRURGIA

27 SET. 2019

PACIENTE: ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE PARATY CASSIDO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO:	IDADE: 34	REGISTRO: 26597	
CIRURGIA: TRP. CIR. DE PRAT. DE RÁDIO (C)			CIRURGIÃO: FABIO		
ANESTESIA: BLAQUEIO DE PRAT			ANESTESISTA: VICTOR		
INSTRUMENTADORA:		DATA: 20/06/2019	INÍCIO: 13:30	FIM: 14:10	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	DL	Luva Est. p/ Procedimentos DL
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	12	Seringa 10 ml 12
	TX. Aspirador Elétrico	12	Seringa 20 ml 1
1	TX. Oxímetro de Pulso	12	Eletrodos desc. 12
	Neocaín	12	Atadura de Crepom 10 cm L
	Halotano	12	Atadura de Crepom 20 cm L
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
10	Xilocaína a 2%	12	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	12	Alcool 70% 500 ml
10	Pubicovaina 0,5%	12	PVPI Tintura 500 ml
	Dimorf	12	Gases 12
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	12	Agulha Descartável 25x7 DL
10	Água destilada 10 ml DL		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
12	Adrenalina Deha 1amp		Fio Cromado 1 c/ agulha
12	Erotil 1amp		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixal 0,5% 1amp		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
12	Plásti endocelulosa 1		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
12	Dipirona L		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
12	Tilatil 140 mg		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	12	Waylon DL

27 SET. 2019

PACIENTE: Andréia Araújo Figueiredo					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL CDR JANDUARY CARNEIRO
QT.: 93sy.	LEITO:	CONVÊNIO: Sus	IDADE: 34ans	REGISTRO: 26597	
CIRURGIA: no cirurg. mão esquerda			CIRURGIÃO: Dr. Ivanês		
ANESTESIA: local + sedação			ANESTESISTA: Dr. René		
INSTRUMENTADORA: —		DATA: 15/06/19	INÍCIO: 00:30h	FIM: 01:10h	 GOVERNO DA PARAÍBA

NOTA DE SALA - MATERIAL

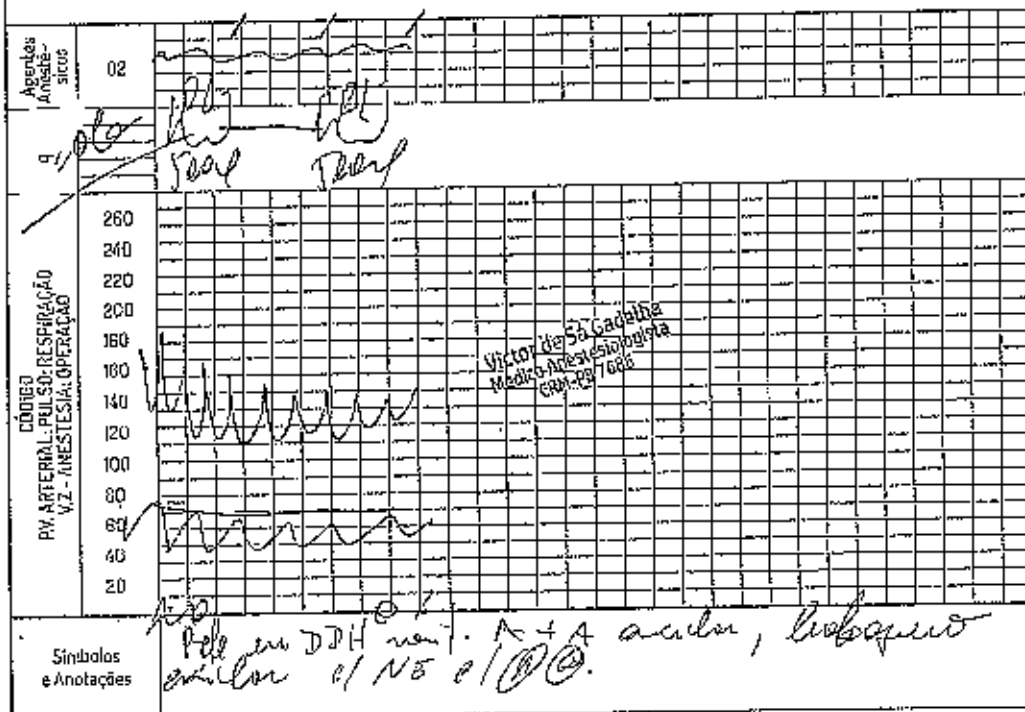
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp 21
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley SF
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesln a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaína a 2%	✓	Espadrapo
	Etodimide	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5% c/ vaso	✓	PVPI Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefaletina 19 g ceftriaxone		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocare 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Nylon 30

27 SET. 2019

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HAP Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 20 / 06 / 19

Nome: Andara Amaro Figueiredo
Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: 133/76/71 Respiração: individa
Temperatura: apb Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
mar: _____
Aparelho Respiratório: OK Asma: Alpa Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Digestivo: phr Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: LOT Ataraxicos: _____ Corticóides: _____ Alergia: Alpa Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: Fraqueza articular Estado Físico: S Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Satisf _____ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: DPH
Agentes: Propofol 0,5% 2ml + DPH 0,5% 2ml + DOA 1ml Cânula: _____
Técnica: Bloqueio a arduu Operação: End. em. arduu
Cirurgiões: Dr. Faleiro Anestesistas: Dr. Victor de Sá Gadelha
*Victor de Sá Gadelha
Médico Anestesiologista
CRM-PB 7688*

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 48551 PRONTUÁRIO 26597
DATA 14/06/2019 HORA 22:48 OPERADOR EALVES
MÉDICO ANTONIO IVANES DE LACERDA
PACIENTE ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO IDADE 34a 10m

RESUMO CLÍNICO:

Queda de 10m

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Fratura unco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Placa e parafusos

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Post 326, 15/06/2019 em um no p

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Atenção ao ortopedista

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 21 DE 06 DE 2019

João H. Siqueira Lameiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.7417
MÉDICO/CRM

27 SET. 2019

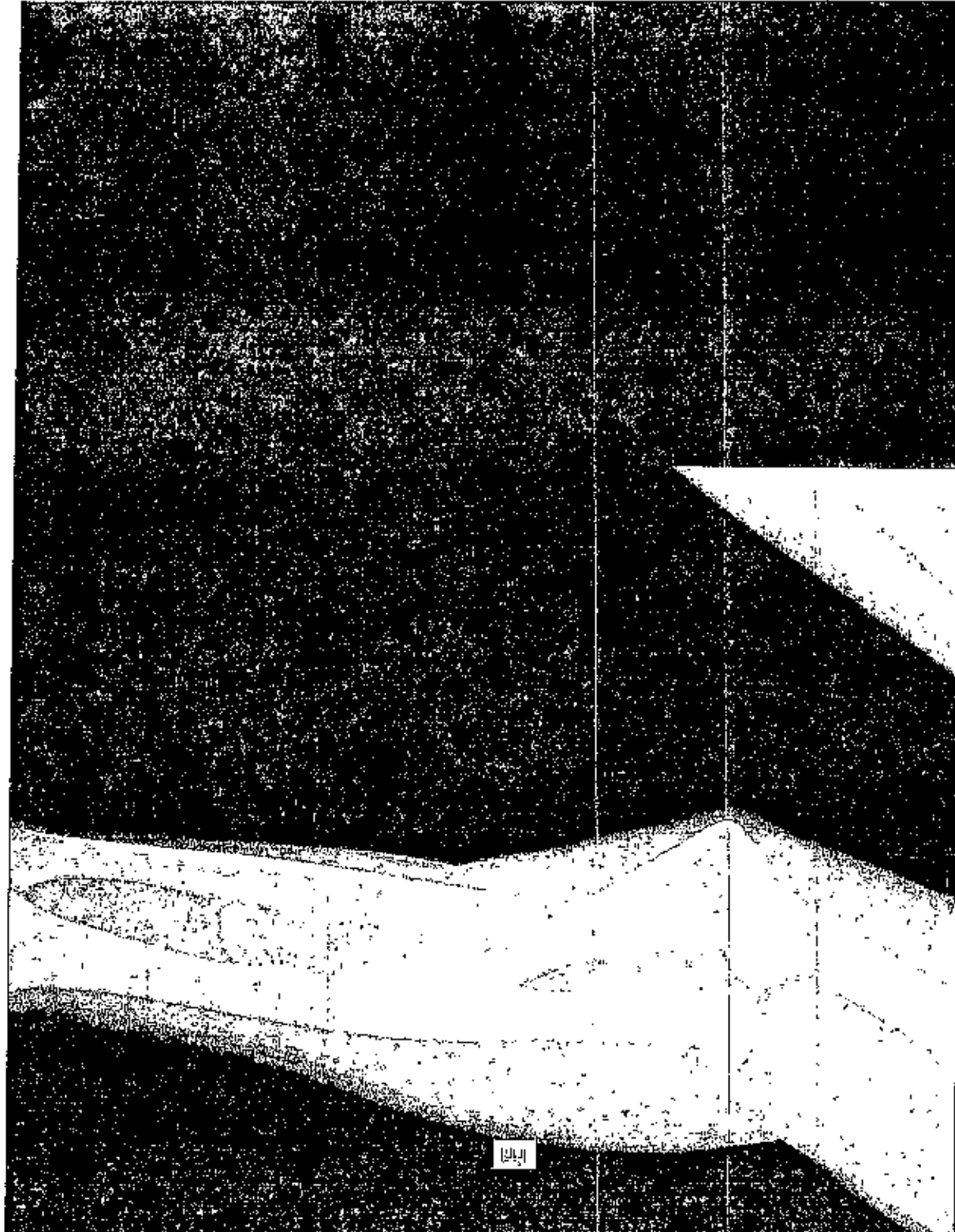
Nome: ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO Data Nasc: 06/08/1984
Hospital Regional de Curitiba e Curitiba

Id. Pac: 000000021254
14/06/2019 21:41:48
86,3 %

11/11

2

000



[Illegible]

Nome: ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO Data Nasç: 06/08/1984
Id. Pac: 000000021254
14/06/2019 21:41:48 65,5 %
Hospital Regional de Putação, Jandubá, Camello

90/20

Nome: ANDREA ARAUJO FLEURY Data Nas: 08/08/1984
Hospital Regional Depulido Jandhy Carneiro
15/06/2019 10:47:57
Id. Pac: 000000021254
58.2 %



27 SET. 2019

20/09/2019 17:46:28

Nombre: ANDREA ARANJO FIGUEROA Data Nasc: 05/08/1984
Hospital Regional Desplazado Janduy Carneiro

Id. Pac: 000000021254

20/09/2019 17:46:28



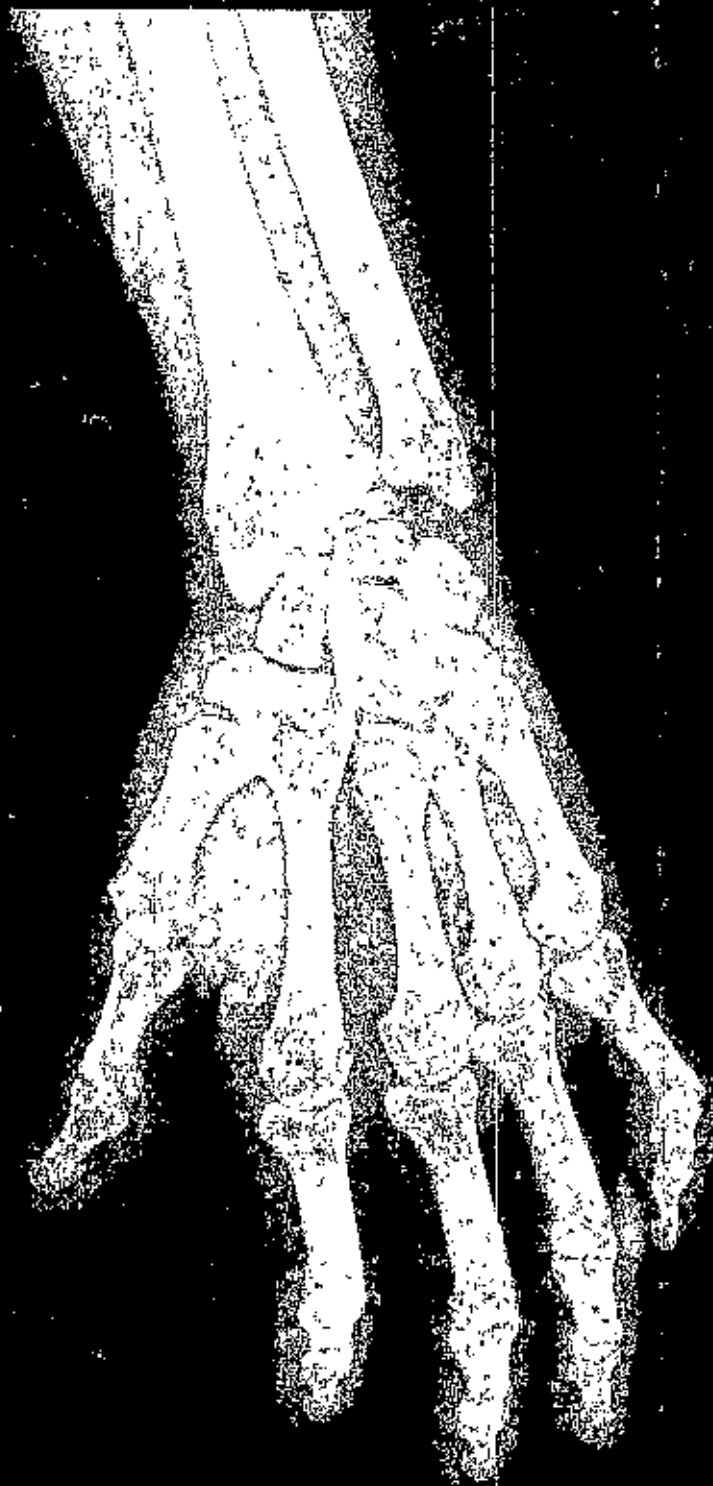
27 SET. 2019

86,3 %

[d. Pa: 00000021254

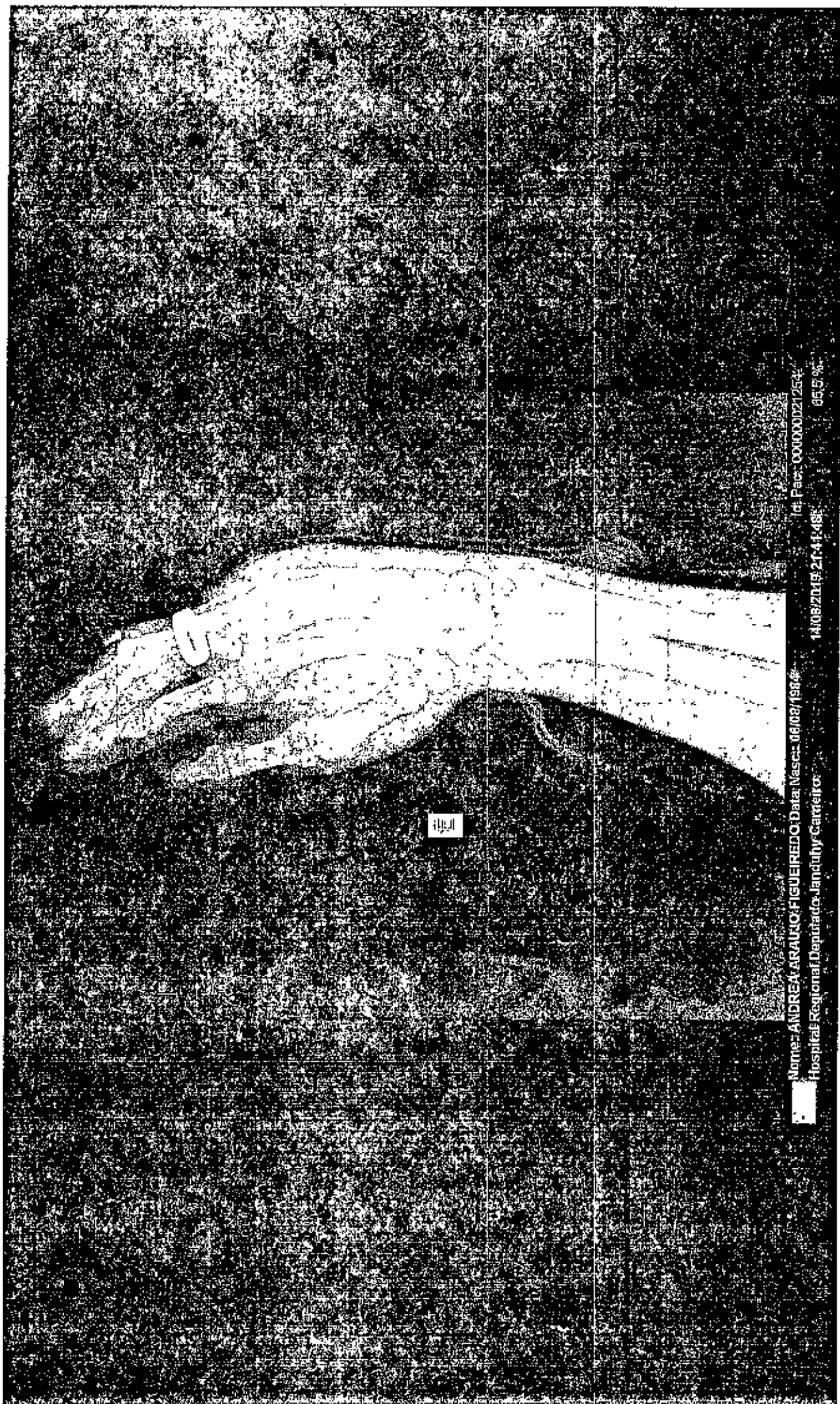
14/06/2019 21:41:48

Homen: ALPORA ARAYO FIGUEROA Paia Nese: 06/08/1984
Hospital Regional de Puno - Puno



d

27 SET. 2019



Nome: ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO Data Nasc: 06/08/1986
Hospital Regional Deputado Jandir Carrero

Id. Pac: 00000021254
14/08/2019 21:41:48 65,5 %

DA

Nome: ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO Data Nasc.: 08/08/1984
Hospital Regional Deputado Janduí Canteiro

Id. Pac.: 000000021254
14/06/2018 21:44:48 68,9 %

27 SET. 2019



ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO FUNCIONAL

EU, Dra. Raquel Gouveia Batista, Fisioterapeuta, CREFITO: 231055-F, declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que **ANDREA ARAÚJO FIGUEIREDO**, foi vítima de acidente de moto no dia 14 de junho de 2019 e que em decorrência do sinistro sofreu lesão no braço esquerdo diagnosticada como fratura de Monteggia E e fratura exposta da mão E, a mesma realizou tratamento cirúrgico. A paciente apresentou-se em estado geral bom, corada e hidratada. Apresentou grande edema em cotovelo esquerdo e mão esquerda, referindo dores intensas mesmo antes de se proceder qualquer manobra semiológica, constatado diminuição da amplitude de movimento (o cotovelo permanece fixo em flexão de 90° sem movimento de extensão ou flexão; nos movimentos de pronação e supinação há uma mobilidade de aproximadamente 20° em cada eixo e na articulação do punho E não foi possível quantificar pois a paciente referiu dor insuportável ao movimento) conforme goniometria da região acometida.

Para graduação da capacidade muscular foi utilizada a *Escala de Avaliação da Força Muscular (MRC – Medical Research Council)*, que é graduada em uma escala de 0 a 5, sendo eles Grau 0 – (zero) não se percebe nenhuma contração, Grau 1 – (um) traço de contração, sem produção de movimento, Grau 2 – (dois) contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade, Grau 3 – (três) realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional, Grau 4 – (quatro) realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade e Grau 5 – (cinco) é capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior, adotada pelas Sociedades Internacionais de Ortopedia e Traumatologia.

A paciente foi enquadrada no **Grau 2 – (dois)** contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade, segundo avaliação desta examinadora. Considero limitação funcional grave para atividades de vida diárias e atividades laborais que exijam qualquer participação do braço esquerdo.

Santa Terezinha – PE, 20 de novembro de 2019.


Dra. Raquel Gouveia Batista
Fisioterapeuta
CREFITO: 231055-F

Raquel Gouveia Batista
(Fisioterapeuta)

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ 08.778.268-0023/76

#E5 2605473
 #ME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
 #DEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
 IDADE PATDS UF PB

CLASSIF. RISCO VERMELHO
RIGEM VIA PUBLICA
ACIENTE ANOREA ARAUJO FIGUEIREDO

OME SOCIAL
ILIAÇÃO I
ASCIMENTO

MARIA VILTOR ARAUJO FIGUEIREDO
06/08/1984

NASCIMENTO 08/08/1964
 PROFISSÃO DO LAR
 ENDEREÇO RUA JOSE ESPEDIANO SISEIRO

INDUSTRY: MATURETA
ADDRESS: (83) 9985-8559
TELEPHONE:

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II FRANCISCO SALES ARAUJO FIGUEIREDO
IDADE 34a 10m COR PARDO GÊNERO F

U.F PB BAIRRO CENTRO
 CEP 58737000
 CELULAR

REG. NASC.

PRONTUÁRIO 26597

F.A.A 48545
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 14/06/2019 Horário: 20:23

OPERADOR FALVES
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

DATA	24/07/77
CARATER	02 -URGENCIA
ORIGEM	SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE	AMBULANCIA BRANCA
PRESTADOR	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

P_{SO_2} = _____ P_A = _____ $\times$ _____ mmHg TEMP = _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente de trânsito com lesões
do tórax, abdome e membros inferiores

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

ATC PR 149

ENÓSTICO

ACHITZKOR

CTD

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	DATA	ASSINATURA	DESCRIÇÃO
1. Verificação da documentação necessária para a realização da obra, incluindo a licença de construção e o projeto arquitetônico.	15/03/2023	[Assinatura]	Verificação da documentação necessária para a realização da obra, incluindo a licença de construção e o projeto arquitetônico.
2. Realização da obra de acordo com o projeto arquitetônico e as normas técnicas vigentes.	22/03/2023	[Assinatura]	Realização da obra de acordo com o projeto arquitetônico e as normas técnicas vigentes.
3. Realização da entrega final da obra, com a entrega dos documentos necessários para a habitação.	29/03/2023	[Assinatura]	Realização da entrega final da obra, com a entrega dos documentos necessários para a habitação.

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADAMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	48551	PRONTUÁRIO	26597
DATA	14/06/2019	HORA	22:48
OCCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	EALVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	ANTONIO IVANES DE LACERDA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO	IDADE	34a 10m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA VILTOR ARAUJO FIGUEIREDO		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO SALES ARAUJO FIGUEIREDO		
CIDADE	MATUREIA PB 58737000		
ENDEREÇO	RUA JOSE ESPEDIAO RIBEIRO		
PAIS	CENTRO		
URUBALIDADE	RIO DE JANEIRO		
TELEFONE	83998585599	CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	
P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	06/08/1984	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	DO LAR

RESPONSÁVEL ANA CAMILA CARME DE LIRA Ass. Resp./Paciente

Ana Camila C. de Lira

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

Paciente vítima de acidente de trânsito, após
1. Fratura de metacarpo E
2. Fratura exposta do dedo E
em fratura de dedo em metacarpo e dedo E

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

JA

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura de metacarpo E /*
Fratura exposta do dedo E

DADOS DA SAÍDA

Data *21/06/19* Hora *07* H *00* Min

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

STP-12-1-602-2019
 SUSPENSÃO DE REGISTRO
 EPIDEMIOLÓGICO

João H. Simasuna Lameira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-09.7417



Nome do Paciente:		Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia:	Enf.:	Leito:	
Cirurgião:		1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia:	Tipo de Anestesia:		
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Tipo de Cirurgia:			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Ditt not quantitat per Blapins en Placa 6 x 10
 de cada una per als que
 l'entregués al Poble. o a les seves
 for delles a Fides e Miquel.

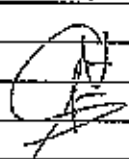
1711-1712
 1713-1714
 1715-1716
 1717-1718
 1719-1720
 1721-1722
 1723-1724
 1725-1726
 1727-1728
 1729-1730
 1731-1732
 1733-1734
 1735-1736
 1737-1738
 1739-1740
 1741-1742
 1743-1744
 1745-1746
 1747-1748
 1749-1750
 1751-1752
 1753-1754
 1755-1756
 1757-1758
 1759-1760
 1761-1762
 1763-1764
 1765-1766
 1767-1768
 1769-1770
 1771-1772
 1773-1774
 1775-1776
 1777-1778
 1779-1780
 1781-1782
 1783-1784
 1785-1786
 1787-1788
 1789-1790
 1791-1792
 1793-1794
 1795-1796
 1797-1798
 1799-1800
 1801-1802
 1803-1804
 1805-1806
 1807-1808
 1809-1810
 1811-1812
 1813-1814
 1815-1816
 1817-1818
 1819-1820
 1821-1822
 1823-1824
 1825-1826
 1827-1828
 1829-1830
 1831-1832
 1833-1834
 1835-1836
 1837-1838
 1839-1840
 1841-1842
 1843-1844
 1845-1846
 1847-1848
 1849-1850
 1851-1852
 1853-1854
 1855-1856
 1857-1858
 1859-1860
 1861-1862
 1863-1864
 1865-1866
 1867-1868
 1869-1870
 1871-1872
 1873-1874
 1875-1876
 1877-1878
 1879-1880
 1881-1882
 1883-1884
 1885-1886
 1887-1888
 1889-1890
 1891-1892
 1893-1894
 1895-1896
 1897-1898
 1899-1900
 1901-1902
 1903-1904
 1905-1906
 1907-1908
 1909-1910
 1911-1912
 1913-1914
 1915-1916
 1917-1918
 1919-1920
 1921-1922
 1923-1924
 1925-1926
 1927-1928
 1929-1930
 1931-1932
 1933-1934
 1935-1936
 1937-1938
 1939-1940
 1941-1942
 1943-1944
 1945-1946
 1947-1948
 1949-1950
 1951-1952
 1953-1954
 1955-1956
 1957-1958
 1959-1960
 1961-1962
 1963-1964
 1965-1966
 1967-1968
 1969-1970
 1971-1972
 1973-1974
 1975-1976
 1977-1978
 1979-1980
 1981-1982
 1983-1984
 1985-1986
 1987-1988
 1989-1990
 1991-1992
 1993-1994
 1995-1996
 1997-1998
 1999-2000
 2001-2002
 2003-2004
 2005-2006
 2007-2008
 2009-2010
 2011-2012
 2013-2014
 2015-2016
 2017-2018
 2019-2020
 2021-2022
 2023-2024
 2025-2026
 2027-2028
 2029-2030
 2031-2032
 2033-2034
 2035-2036
 2037-2038
 2039-2040
 2041-2042
 2043-2044
 2045-2046
 2047-2048
 2049-2050
 2051-2052
 2053-2054
 2055-2056
 2057-2058
 2059-2060
 2061-2062
 2063-2064
 2065-2066
 2067-2068
 2069-2070
 2071-2072
 2073-2074
 2075-2076
 2077-2078
 2079-2080
 2081-2082
 2083-2084
 2085-2086
 2087-2088
 2089-2090
 2091-2092
 2093-2094
 2095-2096
 2097-2098
 2099-2100
 2101-2102
 2103-2104
 2105-2106
 2107-2108
 2109-2110
 2111-2112
 2113-2114
 2115-2116
 2117-2118
 2119-2120
 2121-2122
 2123-2124
 2125-2126
 2127-2128
 2129-2130
 2131-2132
 2133-2134
 2135-2136
 2137-2138
 2139-2140
 2141-2142
 2143-2144
 2145-2146
 2147-2148
 2149-2150
 2151-2152
 2153-2154
 2155-2156
 2157-2158
 2159-2160
 2161-2162
 2163-2164
 2165-2166
 2167-2168
 2169-2170
 2171-2172
 2173-2174
 2175-2176
 2177-2178
 2179-2180
 2181-2182
 2183-2184
 2185-2186
 2187-2188
 2189-2190
 2191-2192
 2193-2194
 2195-2196
 2197-2198
 2199-2200
 2201-2202
 2203-2204
 2205-2206
 2207-2208
 2209-2210
 2211-2212
 2213-2214
 2215-2216
 2217-2218
 2219-2220
 2221-2222
 2223-2224
 2225-2226
 2227-2228
 2229-2230
 2231-2232
 2233-2234
 2235-2236
 2237-2238
 2239-2240
 2241-2242
 2243-2244
 2245-2246
 2247-2248
 2249-2250
 2251-2252
 2253-2254
 2255-2256
 2257-2258
 2259-2260
 2261-2262
 2263-2264
 2265-2266
 2267-2268
 2269-2270
 2271-2272
 2273-2274
 2275-2276
 2277-2278
 2279-2280
 2281-2282
 2283-2284
 2

RELATÓRIO DE CIRURGIA

29 AGO, 2019

Nome do Paciente: ANDREIA DA SILVA FIGUEIRA		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: 20/06/19	Enf.:	Leito:
Cirurgião: DR FÁBIO SPA	1º Auxiliar: DR JOÃO SASSANO	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: DR VITOR	Tipo de Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL	
Diagnóstico Pré-Operatório: FURTO DE MÃO ANTERIOR		
Tipo de Cirurgia: OSTEOSTOMIA DE MÃO ANTERIOR		
Diagnóstico Pós-Operatório: SEM		
Relatório Imediato do Patologista: ---		
Exame Radiológico no ato: NÃO		
Acidente Durante a Cirurgia: NÃO		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. PACIENTE GM ADULTO DOBIL M64 CIRURGIA
2. ACESSO A ANTERIOR
3. CORTAR APELO CORTADO
4. VIA DE ACESSO POSTERIOR AO BLOQUEIO ANTERIOR
5. BLOQUEIO CORTADO O OSTEOSTOMIA DE MÃO
6. OSTEOSTOMIA DE MÃO 3.5 cm E PARAFUSO CORTADO 3.5 cm
7. SUTURA
8. CURATIVO
DR FÁBIO SPA
COM 619


RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: ANDREA ARAUJO FIEVEIRO					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DO RIO DE JANEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO:	IDADE: 34	REGISTRO: 26597	
CIRURGIA: PROCT. DE PRAT. DE RADIOL. (R)			CIRURGIÃO: FABIO		
ANESTESIA: Alcovelo de Rêgo			ANESTESISTA: VICTOR		
INSTRUMENTADORA:		DATA: 20/08/2019	INÍCIO: 13:30	FINI: 14:10	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
1	TX. Capnógrafo		Scalp
1	TX. Bomba de Infusão	DL	Luva Est. p/ Procedimentos DL
1	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
1	TX. de Laser		Coletor de Urina
1	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
1	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	12	Seringa 10 ml Q
1	TX. Aspirador Elétrico	12	Seringa 20 ml L
1	TX. Oxímetro de Pulso	12	Eletrodos desc. D
	Neocain	12	Atadura de Crepom 10 cm L
	Halotano	12	Atadura de Crepom 20 cm L
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelich		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
12	Xilocaína a 2%	12	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	12	Álcool 70% 500 ml
12	Pubicovaina 0,5% I	12	PVPI Tintura 500 ml
	Dimorf	12	Gases DL
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	12	Agulha Descartável 25x7 DL
12	Água destilada 10 ml DL		Pastilha de Formol
	Prostigmin		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
12	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
12	Etiol		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dital Celulose Xeno L		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
12	Plasti		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
12	Diplona L		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
12	Tilatil 40 mg		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	12	Waylon DL

PACIENTE: Andréia Araújo Figueiredo					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE PARATY  GOVERNO DA PARAÍBA
QT: 985x	LEITO:	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 34 anos	REGISTRO: 26597	
CIRURGIJA: no cirurg. mão esquerda			CIRURGIÃO: Dr. Ivanes		
ANESTESIA: local + sedação			ANESTESISTA: Dr. Renti		
INSTRUMENTADORA: —		DATA: 15/06/19	INÍCIO: 00:30h	FIM: 01:30h	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp 21
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda-Foley 2F
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocaína	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelclín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Mesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilfestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimide	1	Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaína 0,5% c/ vaso	1	PVPi Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formal
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 1g c/ cloxacilina		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amlacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Profene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Nylon 30

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Leito: _____ Nº Prontuário _____ Data: 15.06.19

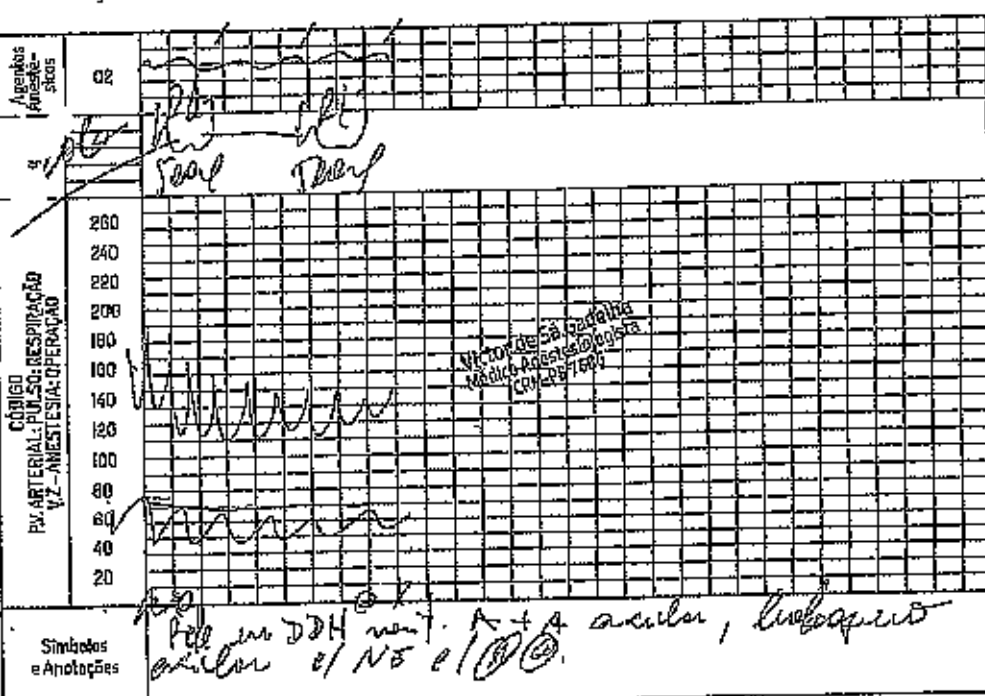
Medicação Pré-Anestésica: 12950 mg Sufentanil Aplicada às: 1 Efeito: _____

Observações: Revisão 09/

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HAP Enfermaria: _____
Leitor: _____ N° Prontuário: _____ Data: 20 / 06 / 19

Nome: Andressa Annap. Figueiredo
Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: 133x76/71 Respiração: normal
Temperatura: apical Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____
ma: _____
Aparelho Respiratório: OK Asma: nao Bronquite: _____
Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Digestivo: nao Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____
Estado Mental: luc Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: nao Hipotensores: _____
Diagnóstico Pré Operatório: Fuquim outelva Estado Físico: S Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO

Satisf _____ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula para o leito sim _____ não _____

Posição: DDH
Agentes: Ortolini 0.5% - 2ml + Bupivac 2ml + 100ml Cânula: _____
Técnica: Bloqueio acular Operação: End. cir. ginecologia
Cirurgiões: Dr. Fabio Anestestistas: Dr. Victor de Sá Gadelha
*Victor de Sá Gadelha
Médico Anestesiologista
CRM-28760*

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 48551
DATA 14/06/2019 HORA 22:48
MÉDICO ANTONIO IVANES DE LACERDA

PRONTUÁRIO 26597
OPERADOR EALVES

PACIENTE ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO

IDADE 34a 10m

RESUMO CLÍNICO:

Queda de 10m

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

F.82 V.100 E

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Pisum + pontos

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Pront 336, 15/06/2019 no 10m

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Atenção de 0160

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (x) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 21 DE 06 DE 2019

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM

29. AGO. 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	22.861.249-5
DATA DE EXPEDIÇÃO	26/09/2014
NOME ANDREIA ARAÚJO FIGUEREDO	
FILIAÇÃO FRANCISCO SALES DE FIGUEREDO	
MARIA VITOR ARAÚJO FIGUEREDO	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
RIO DE JANEIRO	06/08/1984
DOC. ORDEM C. NASC LIV A-66 FLS 209 TERM 39.482 C 002	
DUQUE DE CAXIAS RJ	
CPF	
001	2 Via
LEI Nº 7.116 DE 28/09/83	



27 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
7092913 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
JOSE VALERIANO DE LIMA
MARIA LUZINETE BATISTA
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04295047969

VALIDADE
09/02/2023

1º HABILITAÇÃO
15/02/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2018

Assinatura
Assinatura do Emissor

ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015
PB036270164

PARAÍBA

27 SET. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014355355426

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 201924000000383-9

EXERCÍCIO 2019

003306691640 00/00000000

ANDRETA ARABIO RIGUEREDO

12391791-04

0ET4856/PB

NOVO DE 902KM-650BR527279

PAS/MOTOCICLETA/MARCA/ARTELO

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2011 2011

2 P/149 /CT

PARTEIC

VERMELHA

12391791-04

VERC/COTAS

1

2

3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

00 (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

13/02/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTA OFICIAL

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MATUREIA-PB LOCAL

DATA

26/02/2019

42251

42251

27 SET. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555091 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555091 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 02/10/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555091 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico:

FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555091 **Cidade:** Maturéia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3,4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 02/10/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Andreia Araújo Figueiredo, CPF 123.917.917-04 e RG 22.861.249-5, Órgão emissor SECC-RJ, Est. Civil Reuso, profissão Reuso, Endereço Rua Maximina Dantas, S/N bairro centro, cidade de Matutueira - PB, CEP nº 58737-000.

OUTORGADO: **JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA**, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

VÍTIMA: Andreia Araújo Figueiredo
CPF: 123.917.917-04, data acidente 30 / 06 / 2019,
cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Local e data: Matutueira - PB, 27/08/2019.

Andreia Araújo Figueiredo
OUTORGANTE



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL
Rua José Jerônimo, 26, Centro, Matutueira - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ANDREIA ARAÚJO FIGUEIREDO
Dou Fe. Matutueira/PB - 27/08/2019
Oficial Interino: ADRIANA JULIE ARAÚJO DE ALMEIDA
Selo Digital: AIV91210-37XY
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tfpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Forpou R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Forp R\$ 1,82



27 SET. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335186/19

Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

CPF: 123.917.917-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/06/2019

Titular do CPF: ANDREIA ARAUJO
FIGUEREDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

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

ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO : 123.917.917-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
CPF: 081.886.574-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335186/19

Número do Sinistro: 3190555091

Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

CPF: 123.917.917-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
CPF: 081.886.574-17

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555091

Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555091

Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001156-8

Conta: 000010026847-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555091

Vítima: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

123 917 917 04 Andrew Araujo Figueredo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Andrew Araujo Figueredo

123 917 917 04

Reuso

Rua Morinha Dantas

SN

Casa

centro

Matutaria

PB

58737000

jotaalv@protonmail.com

(83) 9.9131-7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1156 8 CONTA: 26847 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau da Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Matutaria - PB, 27/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que encontra-se registrada a Ocorrência Policial **064/2019** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos sete dias do mês de agosto do ano de Dois Mil e Dezenove, nesta cidade de Teixeira/ PB, na Delegacia de Policia Civil , sob a Responsabilidade do Bel. WENDER GOMES BORGES DE ARAÚJO, e comigo escrevã do seu cargo ao final assinado. Ai Compareceu **ANDREIA ARAÚJO FIGUEREDO**, brasileira, solteira, agricultora, nascida aos 06/08/1984, filha de Francisco Sales de Figueredo e de Maria Vitor Araújo Figueredo, portadora do RG nº 22.861.249-5 SSP/RJ, CPF nº 123.917.917-04, residente na Av. Mariinha Dantas s/nº - Maturéia/PB, para prestar a seguinte ocorrência QUE: na data de 14/06/2019 por volta das 19h40min, a noticiante conduzia a motocicleta Honda CG 150 Titan ESD, ano de fabricação e modelo 2011, cor vermelha, placa OET4856/PB, chassi 9C2KC1650BR537279, licenciada em seu nome; QUE trafegava pela rodovia PB 306 quando nas proximidades do Sítio Sabonete, a noticiante perdeu o controle da motocicleta, derrapando e caindo em seguida; QUE ao cair a noticiante desmaiou e só recobrou os sentidos quando já se encontrava no Hospital Regional de Patos/PB; QUE sofreu fratura exposta no braço esquerdo bem como em dois dedos da mão esquerda; QUE segundo informações a noticiante foi socorrida por terceiros e encaminhada ao Hospital referido, onde recebeu atendimento médico . Nada mais foi Registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos). -

Maturéia, 21 de agosto de 2019

NOTIFICANTE: Andreia Araújo Figueredo

Janduilma Guedes de França
Escrivã de polcia.
Mat.139.419-3

27 SET. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

123 917 917 04 Andrew Araujo Figueredo

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Andrew Araujo Figueredo

123 917 917 04

Reuso

Rua Morinha Dantas

SN

Casa

centro

Matutaria

PB

58737000

jotaalv@protonmail.com

(83) 9.9131-7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1156 8 CONTA: 26847 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau da Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Matutaria - PB, 27/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
RONE HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO VERMELHO
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE ANDREA ARAUJO FIGUEIREDO

NOME SOCIAL MARIA VILTOR ARAUJO FIGUEIREDO
FILIAÇÃO I 06/06/1984
NASCIMENTO DO LAR
PROFISSÃO RUA JOSE ESPEDIAO RIBEIRO
ENDEREÇO MATURÉIA
CIDADE (83)9985-8559
TELEFONE R.G.

CNS
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II FRANCISCO SALES ARAUJO FIGUEIREDO
IDADE 34a 10m COR PARDO GÊNERO F

BAIRRO CENTRO
CEP 58737000
CELULAR

UF PB

CPF

REG. NASC.

F.A.A 48545
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 14/06/2019 Horário: 20:23
CARATER 02 -URGÊNCIA
ENVIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE AMBULANCIA BRANCA
PRESTADOR TEOFILO GREGORIO DE ANDRADE

PRONTUÁRIO 26597

OPERADOR EALVES
TIPO DE SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X nuHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente de moto em 14/06/2019, às 20h23, em uma via pública, com lesões em membros inferiores.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
A não

ANÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

27 SET. 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREIA ARAUJO FIGUEREDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01156-8

CONTA: 000010026847-1

Nr. da Autenticação D2AC84CF776B8267

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Solicite pelo simples pagamento da nota fiscal/ponta de energia elétrica - Nº 028.868.555



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 51071-680
e) 083 / 0301-40 - Paraiba, PB, 51582-0

DADOS DO CLIENTE

ANDRÉIA ARAÚJO FIGUEIREDO
RUA MARINHA DANTAS S/N
MATUREIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1476457-5

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

22/08/2019

CONSUMO

84

VENCIMENTO

30/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 39,94

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05455.754175 1 79970000003994

Pagador: ANDRÉIA ARAÚJO FIGUEIREDO CNPJ/CPP: 123.917.917-04

RUA MARINHA DANTAS S/N - CENTRO - MATUREIA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005455754	001476457201908	30/08/2019	R\$ 39,94	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



27 SET. 2019



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISM: ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO

PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02883444.5

MATRÍCULA

02883444.5

CLIENTE

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:

081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

29/08/2019

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-180

FATURA

08/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	3	04/2019 -	2
03/2019 -	1	02/2019 -	2

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	2	R 5312

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
52	54	2	31	0,07
16/07/2019	16/08/2019	NºHm: Y18F162170		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ESGOTO ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 06/2019 JUROS DE MORA 06/2019	2 M3 2 M3 	37,91 30,33 1,36 0,11
--	----------------------------------	--------------------------------

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

02883444.5

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

FATURA

08/2019

NÃO RECEBER APÓS

31/08/2020

VENCIMENTO

29/08/2019

VALOR

R\$

69,71

GRUPO: 560

FIRMA: 2

CONTA RETIFICADA

82610000000-7 69710010075-2 02883444501-8 08201910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

27 SET. 2019