17/08/2020

Número: **0801787-11.2019.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Conceição**

Última distribuição : **03/12/2019**

Valor da causa: **R$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS (AUTOR)	**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
31000748	26/05/2020 14:50	2721548_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de:	**MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Nº Sinistro:	**3170647781**
Vitima:	**MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Data do Acidente:	**03/08/2014**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170647781.**

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00083/00084 - carta_01 - INVALIDEZ

00030042

Carta nº 12088713

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de:	**MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Nº Sinistro:	**3170647781**
Vitima:	**MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Data do Acidente:	**03/08/2014**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170647781**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência ilegível
- Declaração de Inexistência de IML infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12089374

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**

Sinistro: **3170647781**
Vítima: **MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Data do Acidente: **03/08/2014**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647781** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00995/00996 - carta_02 - INVALIDEZ

00050498

Carta nº 12231865

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**

Sinistro:	**3170647781**
Vítima:	**MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Data do Acidente:	**03/08/2014**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647781** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00565/00566 - carta_02 - INVALIDEZ

00060283

Carta nº 12388799

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2018

Carta n°: 12472409

A/C: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

Nº Sinistro:	**3170647781**
Vitima:	**MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Data do Acidente:	**03/08/2014**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

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: **MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000043**
Conta: **000000176620-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.687,50**

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

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

Pag. 00041/00042 - carta_15R - INVALIDEZ

00030021

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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): ***MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS***
Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO PAU FERRO nº SN - ZONA RURAL - SANTANA DE MANGUEIRA/PB***
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: ***RG 2129984 - SSP***
Data e local do acidente: ***03/08/2014 PRINCESA ISABEL/PB***
Data e local do exame: ***24/02/2018 SERRA TALHADA/PE***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA JOELHO DIREITO, COM ROTURA DE TENDÃO PATELAR

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. SEM COMPLICAÇÕES. ALTA EM 04/09/2014

III.Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

HIPOTROFIA MUSCULAR EM COXA DIREITA, INSTABILIDADE ARTICULAR, LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

☐ Vítima em tratamento

Esta avaliação médica deve ser repetida em ______ dias

☐ Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): ***JOELHO DIREITO***
☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):
☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.ENQUADRO E VALORO AS SEQUELAS EM JOELHO DIREITO -

Médico Perito: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA CRM:19340/PE

Dr. André Gustavo F. Souza
CREMEPE: 19340/CRM-PB: 8607

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Seguradora **LÍDER**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ____________ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.129.984 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 22/09/2015 E

CPF 045296379-27 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐. PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA DE L. PEREIRA CAMPOS, 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, de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) 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$ 2.000,00;
- 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 benefiário/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.

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2017
DPVAT - CTBA

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 ________ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) ________ Nº da CONTA (com dígito, se existir) ________

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043-013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 176120-8

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.

SERRA TALHADA-PE 12 de SETEMBRO de 2017 — Maria de Lourdes Pereira Campos

LOCAL E DATA — 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.

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Serra Talhada
DATA: 14/09/2017
TERMINAL: 09141010 HORA: 10:42:43
CONTROLE: 091410100393

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0343.013.00176620-8
NOME: MARIA DE LURDES PEREIRA CAMPOS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,63

NÚMERO DO ENVELOPE: 3341058533
NÚMERO DE CONTROLE: 257084393

A confirmação do depósito, se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

69 6305

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PRINCESA ISABEL- PB

0001

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Registro de Ocorrências desta Delegacia, nº 003/2014, encontrei uma Ocorrência Policial Nº [illegible]/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dia(s) do mês de Dezembro do ano de DOIS MIL E QUATORZE nesta cidade de Princesa Isabel/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial BRUNO SERGIO MACIEL DE QUEIROZ, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado. Aí, por volta das 11h30min compareceu MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS, brasileira, alfabetizada, solteira, agricultora, nascida aos 27/05/1969, com 45 anos de idade, natural de Manaira/PB, filha de Antonio Pereira da Silva e de Ivoneta Pereira Campos, RG 2129984 – SSP/PB, CPF 045.246.374-27, residente na Rua José Barbosa dos Santos,69, centro, Manaira/PB. A fim de prestar a seguinte ocorrência: QUE no dia [illegible]/2014, se deslocava da cidade de Manaira/PB, para o Sitio Pau Ferro em uma [illegible],PLACA [illegible],CHASSI 9C2JD1700XR015273,HONDA [illegible] ANO FAB1999, ANO MOD1999, BRANCA, registrada em nome de [illegible], que [illegible] passou um cachorro, colidindo com a moto e a mesma caiu ao [illegible], foi socorrida pelo SAMU desta cidade para o HOSPITAL REGIONAL da cidade de Patos/PB . Nada mais havendo a constar encerro a presente certidão que lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. O referido é verdade. Dou fé.

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 CPB – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos). A presente certidão tem validade de 30 dias.*

Notificante: Maria de Lourdes Pereira Campos

Princesa Isabel-PB, 03 de Dezembro de 2014.

AUTORIDADE POLICIAL

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PRINCESA ISABEL- PB

Boletim de Ocorrência
0001

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Registro de Ocorrências desta Delegacia, nº **003/2014**, encontrei uma Ocorrência Policial Nº **663/2014**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dia(s) do mês de Dezembro do ano de **DOIS MIL E QUATORZE** nesta cidade de Princesa Isabel/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial **BRUNO SERGIO MACIEL DE QUEIROZ**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado. Aí, por volta das 11h30min compareceu **MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS**, brasileira, alfabetizada, solteira, agricultora, nascida aos 27/05/1969, com 45 anos de idade, natural de Manaira/PB, filha de Antonio Pereira da Silva e de Ivonete Pereira Campos, RG 2129984 – SSP/PB, CPF 045.246.374-27, residente na Rua José Barbosa dos Santos,69, centro, Manaira/PB. A fim de prestar a seguinte ocorrência: **QUE no dia 03/08/2014, se deslocava da cidade de Manaira/PB, para o Sitio Pau Ferro em uma MOTO,PLACA HPG 5060,CHASSI 9C2JD1700XR015283,HONDA XLR125, ANO FAB1999, ANO MOD1999, BRANCA, registrada em nome de NIXOM CHARLES TEIXEIRA, quando passou um cachorro, colidindo com a moto e a mesma caiu ao chão;QUE, foi socorrida pelo SAMU desta cidade para o HOSPITAL REGIONAL da cidade de Patos/PB** . Nada mais havendo a constar encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. O referido é verdade. Dou fé.

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 CPB – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos). A presente certidão tem validade de 30 dias.*

Notificante: Maria de Lourdes Pereira Campos

Princesa Isabel-PB, 03 de Dezembro de 2014.

AUTORIDADE POLICIAL

CARTÓRIO REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua [illegible] Rosas [illegible] Centro, Manaíra - PB
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do [illegible] que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)
Manaíra/PB - 18/12/2017
Selo Digital AGD79760-LK0H
Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
Emol R$2,12 Farpen R$0,39 MP R$0,03 Fepj R$0,39

CENTAURO-ON
05 JAN. 2018
DPVAT/CTBA

Seguradora
LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - C

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS	CPF da Vítima 045.246.374-27	Data do Acidente 03/12/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS	CPF do Representante legal 045.246.374-27
Email JOAQUIMNETO762@GMAIL.COM	Telefone (DDD) (87) 98846 7128

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2017
DPVAT - CTBA

SERRA TALHADA-PE, 17 de NOVEMBRO de 2017
Local e Data

Maria de Lourdes Pereira Campos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR

Certidão de Inexistência de IML

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS	CPF da Vítima 045.246.374-27	Data do Acidente 03/08/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS	CPF do Representante legal 045.246.374-27
Email JOAQUIMNETO163 @ GMAIL.COM	Telefone (DDD) (87) 988967128

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

CENTAURO-ON
05 JAN. 2018
DPVAT/CTBA

SERRA TALHADA-PE, 19 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

V7 Ato Declaratorio

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAÍRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB/5

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 03.08.14
OCORRÊNCIA Nº: 0036
PACIENTE / USUÁRIO: Maria de Lourdes Pereira [illegible]
IDADE: 44 anos
SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio Chapada
BAIRRO: Zona rural
MÉDICO REGULADOR: Dra. [illegible]

APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA ______ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP - Patos RESPONSÁVEL: [illegible] Cirurgião Geral [illegible] 7895 FUNÇÃO: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: ______

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: ______ RESPONSÁVEL: ______ FUNÇÃO: ______

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

______

______

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

P.A.: 130 x 80 FC: FR: 70 TEMP.: ______ °C - GLICEMIA: ______ mg/dl - E. Coma: ______ SpO2a/O2: 98% ☐ SpO2a/O2: ______

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☒ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☒ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão tisular Gastrintestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular [illegible] ☐ [illegible] Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ [illegible] ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ [illegible]
☐ Outros ______

INTERVENÇÕES

Imobilização dos membros.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente do sexo feminino 44 anos, consciente, orientada, eupneica, normotensa, hipocorada, vítima de acidente motociclístico, apresentando fratura exposta no punho (D) e nas falanges direita, e mal estar. CENTRAL orienta conduta e remover ao HRP. —— [illegible]

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 DEZ. 2019
DPVAT - CTBA

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

• 04 SF / Equipo	• 02 água destilada
• 01 jelco 22	• 10 pcts de gazes
• 01 ampola de dipirona	• 01 seringa de 20 ml
• 01 ampola de voltaren	• 01 seringa de 3 ml.
• 01 ampola de plasil	

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ____________ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: ____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

____

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO

☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL

☒ TALAS/TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: ____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

____

____

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

____

____

____

____

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

OSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☒ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

ECUSA

OME: ____________________________ R.G.: ____________________

SSINATURA: ____

DENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

ÉDICO: Drª Raiza __________ CRM: __________ MAT.: __________

NFERMEIRO/A: Fernanda Lessa __________ COREN: 30433 __________ MAT.: __________

Téc de Enfª: Natalia - COREN: 689.639

Condutor Socorrista: Rinaldo.

SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAÍRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 15

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA: 03.08.14
OCORRÊNCIA Nº: 0036
PACIENTE / USUÁRIO: Maria de Lourdes Pereira Campos
IDADE: 44 anos
SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio Chapada
BAIRRO: Zona rural
MÉDICO REGULADOR: Dra Re[illegible]
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA ____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:
SERVIÇO MÉDICO: HRP - Patos
RESPONSÁVEL: Dr. V[illegible] Cirurgia Geral
FUNÇÃO: Médic

MOTIVO DE TRANSPORTE
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO
LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

CENTAURO-ON
05 JAN. 2018
DPVAT/CTBA

AUTENTICAÇÃO

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

DADOS VITAIS
VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg
P.A.: 130 x 80 FC: FR: 40 TEMP: °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☒ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☑ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☒ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrintestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☒ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES
Imobilização dos membros.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:
Paciente do sexo feminino 44 anos, consciente, orientada, eupnei normotensa, hipocorada, vítima de acidente motociclístico, a sentando fratura exposta no joelho (D) e nas falanges direi [illegible]. CENTRAL orienta conduta e remover ao HRP. ——

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

- 04 SF / equipo
- 03 jelco 22
- 01 ampola de dipirona
- 01 ampola de voltaren
- 01 ampola de plasil
- 02 água destilada
- 10 pcts de gazes
- 01 seringa de 20 ml
- 01 seringa de 3 ml

.C.G.

NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRÍASE

XAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ________ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: ____________________

AGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

AGNÓSTICOS:

EDIMENTOS

OBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA

TILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☒ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA

SAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO

ÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL

ISTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: ____________________

ria Inêz Duarte
ala do Registro Civil
:55187676 4-15

ÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

ÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

Emol R$2,12 Ferjen R$0,38 MP R$0,03 Fepj R$0,38

NHAMENTO

DO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

ÍTO DURANTE O TRANSPORTE

IÇÃO DE TRANSPORTE

CÚBITO DORSAL ☒ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

USA:

ME: ____________________ R.G.: ____________________

INATURA: ____________________

ITIFICAÇÃO DA EQUIPE

ICO: Drº Paiff CRM: ________ MAT.: ________

ERMEIRO(A): Fernanda Alexa COREN: 394233 MAT.: ________

de Enfª: Natália COREN: 649.639

tor Socorrista: Rivaldo.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00043
CONTA: 000000176620-8

Nr. da Autenticação C258D05E65208CF0

-0015-

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS,

RG nº 2.129.984, data de expedição 22/03/2015 Órgão SSP DS-PB,

CPF nº 045.246.394-27, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHAES
Número	58
Apto / Complemento	1º ANDAR
Bairro	NOSSA SENHORA DA PENHA
Cidade	SERRA TALHADA
Estado	PE
CEP	56.903-510
Telefone de Contato	(87) 996460340 / (87) 988467128 / (87) 38316017
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 12/09/2017

Assinatura do Declarante: Maria de Lourdes Pereira Campos celpe

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-[illegible]-PE

CPF 032 [illegible] 484-19

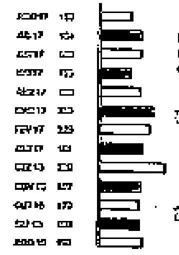
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHAES 58

N SA DA PENHA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-510

4008122385	08/2017
11/08/2017	05/09/2017
	110,67

Consumo [illegible]	[illegible]	0,[illegible]	[illegible]
Adicional Bandeira AMARELA			3,19
Adicional Bandeira VERMELHA			0,73
Contribuição Iluminação Pública			[illegible],31
ICMS [illegible] 271 - 15/[illegible]2017			1,23
[illegible] 271 - 15/[illegible]2017			7,80
Juros [illegible] 271 - 15/[illegible]2017			0,47

TOTAL DA FATURA 110,67



7514 4A78 DC33 F1C3 873B 5E7F 4C44 E51F

www.celpe.com.br

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
04 DEZ. [illegible]
DPVAT - CTBA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS,

RG nº 2129 984, data de expedição 29/08/1999, Órgão SSP-PB,

CPF nº 045.246394-27, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA ESTER FERREIRA
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	MANAÍRA
Estado	PB
CEP	58 995.000
Telefone de Contato	(87)88423218 (87)99229698 (87)38312396
E-mail	

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2017
DPVAT - CTBA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 28/07/2014

Assinatura do Declarante: Maria de Lourdes Pereira Campos

MARIA LUCIA BARBOSA LIMA
RUA ESTER FERREIRA, S/N - CENTRO
MANAIRA / PB CEP 58995000 [illegible] 165)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, km 25 - [illegible] - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Classe/Subcl.: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro 15 - 165 - 430 - 6120
Medidor CC0009[illegible]
Referência Set/2014
Emissão 24/09/2014

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.036.947
Código para Débito Automático: 0001498464

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

3536 9122 66ef 22De a09.08ba 3a65.B4ce

Conta referente a

Set / 2014

Apresentação

24/09/2014

Data prevista da próxima leitura

23/10/2014

CPF/ CNPJ/ RANI

4357548428

Faturas em atraso

01/08/2014	8,21
07/05/2014	30,33
05/05/2014	37,72

CDC (Código do Consumidor): 5/1498464-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adiado para o ano de 2015. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão contas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de SETEMBRO vigoraria a BANDEIRA VERMELHA, a qual implicaria R$/kWh 0,030 de acréscimo ao valor da conta, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
25/08/14	7853	24/09/14	7865	1	12	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor(R$)
Custo de Disponibilidade	30	0,12528	3,75
IMPOSTOS E ENCARGOS			
COFINS			0,04
JUROS DE MORA 08/2014			1,90
MULTA 03/2014			0,71
ICMS (ISENTO)			
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			
DEBITO COMPENSADO 08/2014			4,18

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/14	35
Jul/14	30
Jun/14	28
Mai/14	104
Abr/14	113
Mar/14	115
Fev/14	121
Jan/14	125
Dez/13	121
Nov/13	132
Out/13	173
Set/13	78

Média dos últimos meses 84 kWh

VENCIMENTO

01/10/2014

TOTAL A PAGAR

R$ 10,56

7/2014 - Princesa Isabel

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,80	0,00
DIC TRIMESTRAL	18,28	
DIC ANUAL	38,57	
FIC MENSAL	4,10	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,73	
FIC ANUAL	18,47	
DMIC	5,18	0,00
DICRI	12,33	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	201
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviço de Dist. de Energ. Sa PB	1,34	12,44
Compra de Energia	1,58	14,99
Serviço de Transmissão	0,11	1,01
Encargos Setoriais	0,22	2,08
Impostos Diretos e Encargos	2,65	25,09
Outros Serviços	4,18	39,39
Total	10,56	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição (REN 7/2014) R$ 1,52

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", já reavisados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90(noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga
- Sua unidade foi classificada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$7,14
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/14 - Res. ANEEL nº 1.785 Alta Tensão 22,75% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/14 - Res. ANEEL nº 1785 Baixa Tensão 21,43% Médio
- Leitura confirmada

PARAÍBA

Roteiro 15 - 165 - 430 - 6120
Matrícula 1498464-2014-09-5

VENCIMENTO

01/10/2014

TOTAL A PAGAR

R$ 10,56

83660000000-7 10550054600-6 14984642014-4 09501930019-3

Comprovante de residência
-0015-

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS,

RG nº 2.123.984, data de expedição 22/09/2015, Órgão SSDS-PB,

CPF nº 045.246.374-27, 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)	SITIO PAU FERRO
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SANTANA DE MANGUEIRA
Estado	PB
CEP	
Telefone de Contato	(87) 988467128 /(87) 996460398 /(87) 38316011
E-mail	JOAQUIMNETO769 @ GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA TALHADA-PE, 13/12/2017

Assinatura do Declarante: ____________________

CENTAURO-ON
05 JAN. 2018
DPVAT/CTBA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

energisa

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Aviso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 000.481.831

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
SIT PAU FERRO S/N SANTANA DE MANGUEIRA	[illegible]

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
[illegible]	[illegible]	4	[illegible]	[illegible]

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
20/12/2017	R$ 18,89	1356536-2017-12-4

CENTAURO-ON
05 JAN. 2018
DPVAT/CTBA

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

Prontuario: 608
Data/Hora 3/8/2014 12:01:13
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Servidor do Dr.:

Paciente MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
Idade: 45 Sexo F

Filiação
Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA
Mãe: IVONETE RODRIGUES CAMPOS

Endereço
Cidade MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008
Endereço: RUA JOSE BARBOSA DOS SANTOS 47
Bairro: CENTRO
Naturalidade: MANAIRA - PB
Fone: (83)9972-8311

Documentos
CNS:
Identidade: RG 2129984 SSP/PB
CPF:
Titulo Eleitor:

Informações adicionais
Nascimento 27/5/1969
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: Edineide Pereira de Morais

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

Vítima queda moto com exposição ferimento joelho (D)

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

ferimento joelho (D) e exposição tend. patelar

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx

Diagnóstico: Rotura exposta tendão patelar (D)

Motivo da Alta:

Recepcionista: Lauana

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA

Nome do Paciente: [illegible]	Nº Prontuário 608

Data da Cirurgia 1?/8/14	Enf.	Leito

Cirurgião [illegible]	1º Auxiliar

2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador

Anestesista [illegible]	Tipo de Anestesia [illegible]

Diagnóstico Pré-Operatório [illegible] joelho esq

Tipo de Cirurgia [illegible] joelho esq

Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo

Relatório imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Cirurgia Não

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Vias de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vísceras

1) [illegible]

2) [illegible]

3) [illegible] joelho esq

4) [illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL REGIONAL "DEP.JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA

Nome do Paciente: Maria de [illegible] [illegible] Carneiro	Nº Prontuário

Data da Cirurgia 03/08/14	Enf.	Leito

Cirurgião Clécio Lopes	1º Auxiliar

2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador

Anestesista [illegible]	Tipo de Anestesia Raqui

Diagnóstico Pré-Operatório [illegible] [illegible] TENDÃO PATELAR (D) e [illegible]

Tipo de Cirurgia [illegible] em Joelho (D) c/ uso de [illegible] [illegible] [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório [illegible] [illegible] [illegible]

Relatório Imediato do Patologista —

Exame Radiológico no Ato —

Acidente Durante a Cirurgia [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 201
DPVAT - CTBA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Vísceras

[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
Verificado perda de [illegible] do tendão patelar
e [illegible] da [illegible] medial
Realizado [illegible] [illegible] [illegible] medial e
[illegible] de [illegible] do tendão patelar.
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Obs: [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] de [illegible] [illegible]
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] do tendão patelar.

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9187/SBOT:13144

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAIBA
[illegible] ÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

Nome: Maria de [illegible] LEITO:

REG.: 608

Data	Hora	
03/08/14		P/ Internamento [illegible] a HS. [illegible]
		de fratura exposta de [illegible] patela
		com perda de substância
		óssea.
		CD: Antibioticoterapia
		e [illegible] ato cirúrgico [illegible]

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM PB 5187/SBOT: 13144

03/08/14		Pcte. [illegible] s/ Queixas no momento
		Csi VP

João H. [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 7417

08/08/14

POI BEG, S/queixas no momento, F.O. seca

(D) com sinais secreção purulenta

CD: VPM

[illegible] (D) APHA

João H. Scavuzzo Laureano
Ortopedista Traumatologia
CRM-PB 7417

09/08/14 - [illegible] operado joelho, [illegible] purulenta
para [illegible]
cd: [illegible]

Dr. [illegible] Menezes Guimarães
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PB 6326

12/08/14 POI BEG, S/queixas no momento. F.O. seca
(D) secretivo
CD: VPM
Solicito
exames laboratoriais

João H. Scavuzzo Laureano
Ortopedista Traumatologia
CRM-PB 7417

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAUDE
HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

Mª de Lourdes P. Campos			
	309	25 a.	608
Limpeza de joelho D	Fernando Luca		
	Augusto Marcio		
	13.08.14	17:20	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	~~[illegible]~~ 6F	1	Equipo p/ soro e sangue
	[illegible]		Scalp
	Bomba de Infusão	П	Luvas Est. p/ Procedimentos
	[illegible] de Sangue	Γ	Lâmina de Bisturi
e	Monitor Cardio-Respirador		Sonda de Foley
	[illegible]		Coletor de Urina
	[illegible]		Seringa 1 ml
	[illegible] S. Vesical	1	Seringa 3 ml
e	[illegible]	1	Seringa 5 ml
	[illegible] Elétrico	Γ	Seringa 10 ml
	[illegible] Elétrico		Seringa 20 ml
6	[illegible] de Pulso		Eletrodos desc.
1	[illegible]		Atadura de Crepom 10cm
	[illegible]	Γ	Atadura de Crepom 20cm
	[illegible]		Atadura Gessada 10cm
	[illegible]		Sonda Uretral
	[illegible]		Sonda Nasogástrica
	[illegible]		Éter Sulfúrico
	[illegible] 0,05mg		Dreno Penrose
	[illegible] 9%		Dreno Sucção
			Dreno de Tórax
	[illegible]	e	Esparadrapo
	[illegible]		Xilocaína Gel
		e	Álcool 70%
	[illegible] 0,9%	e	PVPI Tintura
1		e	Gases
	[illegible]	e	Algodão Hidrófilo
			Algodão Ortopédico
			Cidex
			Vaselina Estéril
		П	Agulha descartável
Γ	[illegible] 10ml		Pastilha de Formol
	[illegible]		Fio Cromado 0 c/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 0 s/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 1 c/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 1 s/ agulha
Γ	~~[illegible]~~ 1g Cefazolina		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	[illegible]		Cat-gut simples 0 c/ agulha
Γ	[illegible]		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Heparin 5000 UI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	[illegible] 40 mg		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	[illegible] 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raqui Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocath 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		Proleno 2-0 c/ agulha
	Proleno 3 c/ agulha		

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 20[illegible]
DPVAT - CTBA

Mª de Lourdes Pereira Campos
SUS | 45a | 608
Trat. cirurg. frat. exposta joelho D | Dr. Klécio
Raqui | Dr. Marcone
03 09 /14 | 14:50

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	[illegible] (Instrumentador)		Equipo p/ [illegible] e sangue
☑	[illegible] 5 + [illegible]		Scalp
	[illegible] de Infusão	[illegible]	Luvas Est. p/ Procedimentos
	[illegible] de Sangue	1	Lâmina de Bisturi N° 24
	[illegible] Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	[illegible]		Coletor de Urina
	[illegible]		Seringa 1 ml
	[illegible] S. Venosa		Seringa 3 ml
	[illegible]	1	Seringa 5 ml
	[illegible]	1	Seringa 10 ml
	[illegible] Infusão	1	Seringa 20 ml
	[illegible] de Pulso	[illegible]	Eletrodos [illegible]
1	[illegible] p/ tala		Atadura de Crepom 10cm
	[illegible]		Atadura de Crepom 20cm
	[illegible]		Atadura Gessada 10cm
	[illegible]		Sonda Uretral
	[illegible]		Sonda Nasogástrica
	[illegible]		Éter Sulfúrico
	[illegible] 0,05mg		Dreno Penrose
	[illegible] 5%		Dreno Suctor
	[illegible]		Dreno de Tórax
	[illegible] 25%	2	Esparadrapo
	[illegible]		[illegible] Col
	[illegible]	4	Álcool 70%
	[illegible] 0,9%	L	PVPI [illegible]
1	[illegible] 0,2	2	Gases
	[illegible]		Algodão Hidrófilo
	[illegible]		Algodão Ortopédico
	[illegible]		Cidex
	[illegible]		Vaselina [illegible]
	[illegible]		Agulha descartável
1	[illegible] 10ml		Pastilha de Formol
	[illegible]		Fio Cromado 0 c/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 0 s/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 1 c/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 1 s/ agulha
	[illegible] 10g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	[illegible]		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	~~[illegible]~~ cefalotina		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	[illegible] 5000 UI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	[illegible]		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	[illegible] 500mg		Cat-gut 2-0 p/ [illegible]
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocath 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	[illegible] 0 c/ agulha		

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 20[illegible]
DPVAT - CTBA

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital

Enfermaria

Leito

Nº Prontuário

Nome

Idade

Sexo F

Cor

Data

Pressão Arterial, Pulso

Respiração

Temperatura

Peso

Altura

Tipo Sanguíneo

Hemácias

Hemoglobina

Hematócrito

Glicemia

Uréia

Outros

Urina

Ap. Respiratório

Asma

Bronquite

Ap. Circulatório

Eletrocardiograma

Ap. Digestivo

Dentes

Pescoço

Ap. Urinário

Estado Mental

Alterações

Convulsões

Alergia

Hipotensores

Diagnóstico Pré-Operatório

Estado Físico

Risco

Anestesias Anteriores

Medicação Pré-Anestésica

Aplicada às

Efeito

Agentes Anestésicos 02

Líquido

CÓDIGO PV. ARTERIAL: PULSO - RESPIRAÇÃO V. 2 - ANESTESIA - OPERAÇÃO

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Símbolos e Anotações

Posição

Agentes

Técnica

Operação

Cirurgiões

Anestesistas

Observações

INDUÇÃO

Satisf.______ Excit.______ Tosse______

Laringo Espasmo______ Lento______

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______

CONDIÇÕES

Cânula

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
0 4 DEZ. 2012
DPVAT - CTBA

SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA	Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário 608
	Nome		Idade	Sexo / Cor

Data	Pressão Arterial Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemácias / Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros
	Urina				

Ap. Respiratório	Asma	Bronquite
Ap. Circulatório	Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo / Dentes / Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental / Ataráxicos / Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório	Estado Físico	Risco
Anestesias Anteriores		
Medicação Pré-Anestésica / Aplicada às	Efeito	

P.A. Anestésicos 02

Líquido

CÓDIGO
P.A. ARTERIAL: PULSO - RESPIRAÇÃO
V.Z. - ANESTESIA: OPERAÇÃO

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

INDUÇÃO

Satisf.______ Excit.______ Tosse______

Laringo Espasmo________ Lenta______

Náuseas__________ Vômitos__________

Outros__________

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim________ Não________

Não, porquê?________

DESPERTAR

Reflexos na SO__________

Obstr.______ CO2______ Excit.______

Náuseas__________ Vômitos__________

Outros__________

Com cânula para o leito sim________ não________

CONDIÇÕES

Sintomas e Anotações

Posição

Agentes

Cânula

Técnica

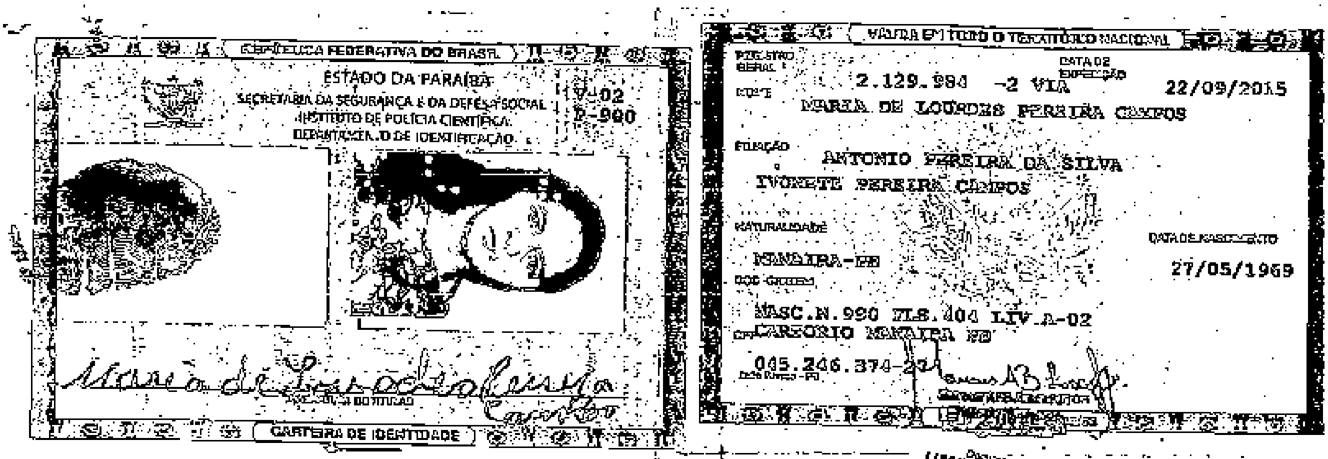
Operação

Cirurgiões

Anestesistas

Observações

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2017
DPVAT - CTBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

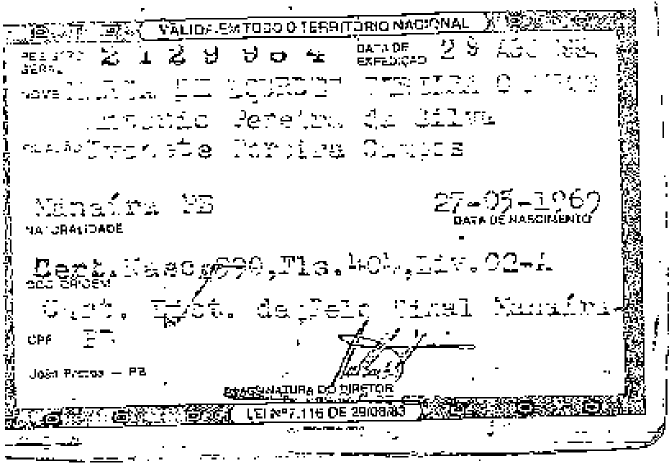
LIV-02
P-990

Maria de Lourdes Pereira Campos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.129.984 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 22/09/2015
NOME MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
FILIAÇÃO ANTONIO PEREIRA DA SILVA
IVONETE PEREIRA CAMPOS
NATURALIDADE MANAIRA-PB
DATA DE NASCIMENTO 27/05/1969
DOC ORIGEM NASC.N.990 FLS.404 LIV.A-02
CARTORIO MANAIRA PB
CPF 045.246.374-2[illegible]
João Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2129904 DATA DE EXPEDIÇÃO 29 AGO [illegible]

NOME [illegible]

Antonio Pereira da Silva

FILIAÇÃO [illegible]

Manaíra PB 27-05-1969

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 890, Fls. 40, Liv. 02-A

DOC ORIGEM

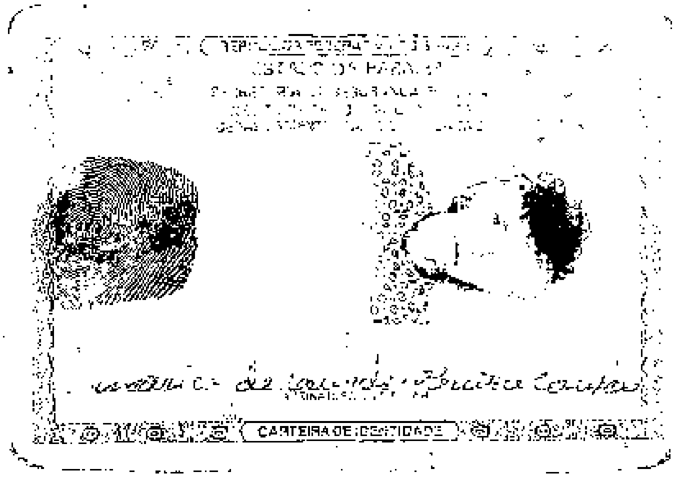
Cart. [illegible] Manaíra-PB

CPF

João Pessoa — PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

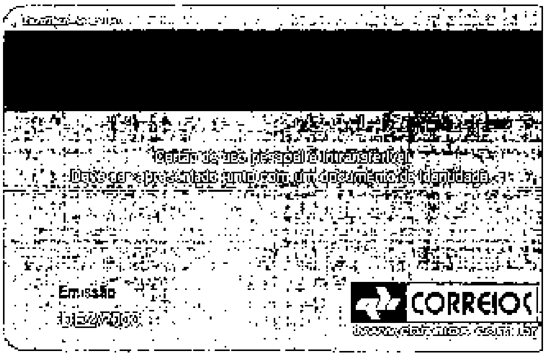
CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

045.240 [illegible]



Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

[illegible]

CORREIOS

www.correios.com.br

Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

N° do CPF: 045.246.374-27

Nome da Pessoa Fisica: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **19:11:40** do dia **10/02/2015** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **58AD.5075.B812.ED04**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB n° 1.042, de 10/06/2010.

REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTERIO DA JUSTIÇA

29973314222211 00100 92
4287092197

1 733142222

NIXON CHARLES TEIXEIRA
AV.STA ISABEL N/07
VICENTE FIALHO
65070510 SAO LUIS - MA

46751068387
HPG5060

* P A G O *

P A G O
P A G O
P A G O

AF /CONSORCIO NAC HONDA LTDA 04/12/199

SAO LUIS-MA 07/04/2000

4287092197

NIXON CHARLES TEIXEIRA
AV.STA ISABEL N/07
VICENTE FIALHO
65070510 SAO LUIS - MA

46751068387
HPG5060

4287092197
1999 07/04/2000

NIXON CHARLES TEIXEIRA
AV.STA ISABEL N/07
VICENTE FIALHO
65070510 SAO LUIS - MA

1 46751068387
HPG5060

733142222 GAS HONDA/XLR 125

1999 9 9C2JD1700XR015283

* P A G O *

29973314222211 00100 921

1

Outros

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467881/17
Vítima: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
Data do Acidente: 03/08/2014
CPF: 045.246.374-27
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

Outros

MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS : 045.246.374-27
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 04/12/2017	Data do cadastramento: 04/12/2017
Nome: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS	Nome: Michel de Souza Ubida
CPF/CNPJ: 045.246.374-27	CPF: 037.215.019-50

MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

Michel de Souza Ubida

DECLARAÇÃO

Eu, Maria de Lourdes pereira campos informo a seguradora lider que estou em posso da moto que esta em anexo no processo de Sinistro 3150826060 e informo também que já comprei ela a terceiros e não consegui encontra a pessoa em que a moto se encontra em nome e venho através desta informar que estou disposta a passar por qualquer tipo de investigação ou auditoria para comprovar a veracidade do fato

Serra Talhada/PE. 21 de Abril de 2017.

Maria de Lourdes Pereira campos
Declarante

CARTÓRIO DISTRITAL DE PELO SINAL
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
Dou fé. Manaíra/PB - 24/04/2017
Escrevente: Cândida Patana Bezerra Sales -
Emol R$ 6,49, FARPEN R$ 0,25, MP R$ 0,14, FEPJ R$ [illegible]
Selo Digital: AEZ66907-ZKNi
Acesse o site https://selodigital.tjpb.jus.br

CENTAURO
vida e previdência

Seguros para viver

Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 696307

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			**Placa** HPG-5060/PB	
Nome da Vítima MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS			**Natureza** 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	**Data Nascimento** 27/05/1969	**Tipo de CPF** 0 - Possui CPF	**CPF da Vítima** 045.246.374-27	**Data Ocorrência** 03/12/2014

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

( ) Certidão Nº 663/2014 da autoridade policial sobre a ocorrência;
( ) DUT Nº__________ ( ) ________________ ( ) ________________
( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) ________________ ( ) ________________
( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) ________________ ( ) ________________

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS	Vítima	***Indefinido***	27/05/1969	58995-000	045.246.374-27

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

____

____

____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso ________________________ Data ___/___/_____

Local da Entrega ________________________ Data ___/___/_____

____________________ ____________________
Beneficiário Centauro Vida e Previdência

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2014
DPVAT - CTBA

Atenção ;
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4º ANDAR - SALAS 401/402
Centro - Cep: 20031-007
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
site: http://www.centauro-on.com.br e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

3150 | 826060

CENTAURO
vida e previdência
Seguros para viver

Registro de Sinistro

DP.: 111
Processo: 0000/696307
Código: 696307

Unidade CENTAURO RIO DE JANEIRO	**Parceiro** M.S.A. SERVIÇOS DE	**Sub-Parceiro** CHRISTIAN MARQUES

BO Nº 663/2014	**Data BO** 03/12/2014	**DELEGACIA** DELEGACIA DE POLICIA DE PRINCESA ISABEL

Placa HPG-5060/PB	**Tipo de Veículo** 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	**IML**

Nome da Vítima MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS	**Tipo Sinistrado** 3 - Motorista	**Natureza** 2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado FEMININO	**Data Nascimento** 27/05/1969	**Tipo de CPF** 0 - Possui CPF	**CPF da Vítima** 045.246.374-27	**Data Ocorrência / Hora** 03/12/2014 / 00:00

Cidade MANAÍRA	**UF** PB	**CEP** 58995-000	**Telefones** Fone: (87)3831-2396 / Cel: (87)99229-698

Email
atendimento@salek.com.br

Qtde.Benef. 1	**Data Óbito**	**Médico** CLECIO	**Valor(INVALIDEZ)**

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ
CEP **Endereço**	**Complemento**	**Bairro**	**Cidade**	**UF**
Profissão		**Renda**		
MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS	Vitima	***Indefinido***	27/05/1969	045.246.374-27
58995-000 RUA ESTER FERREIRA		CENTRO	MANAÍRA	PB
RECUSOU INFORMAR		RECUSOU INFORMAR		

Restrições

* PROCESSO COM PENDÊNCIA

Histórico

Data	Usuário	Situação
05/02/2015 18:44:59	MSA FERNANDA.C	Pré-Cadastro não analisado
10/02/2015 19:18:07	MSA GLEDSON	Pré-Cadastro com restrições

Detalhes das restrições

FAVOR ENVIAR:
* COMPROVANTE BANCÁRIO
* FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
*Declaração assinada pelo proprietário da motocicleta, com firma reconhecida, informando que a vítima conduzia a motocicleta do declarante por ocasião do acidente, como neste link: http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/static/documentos/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ 2017
DPVAT - CTBA

Atenção :
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

AVENIDA TREZE DE MAIO, 41 , 4° ANDAR - SALAS 401/402 Centro – Cep: 20031-007
Tel.: (21) 2240-0401 Fax: (21) 2220-1402
e-mail: dpvat-rj@centauro-on.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

Entre em nosso site http://www.centauro-on.com.br e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 696307 e a data de nascimento 27/05/1969 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

SINISTRO 3150826060 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
BENEFICIÁRIO MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
CPF/CNPJ: 04524637427

Posição em 12-09-2017 09:43:35

Pedido de indenização cancelado.

Desarquivado CX: 8041

CENTAURO-ON

Registro de Sinistro

DP.: 111
Processo: 3150/826050
Código: 696307

Unidade CENTAURO-ON RIO DE JANEIRO	**Parceiro** M.S.A. SERVIÇOS DE	**Sub-Parceiro** CHRISTIAN MARQUES

BO Nº 663/2014	**Data BO** 03/12/2014	**DELEGACIA** DELEGACIA DE POLICIA DE PRINCESA ISABEL

Placa HPG-5060/PB	**Tipo de Veículo** 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	**IML**

Nome da Vítima MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS	**Tipo Sinistrado** 3 - Motorista	**Natureza** 2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado FEMININO	**Data Nascimento** 27/05/1969	**Tipo de CPF** 0 - Possui CPF	**CPF da Vítima** 045.246.374-27	**Data Ocorrência / Hora** 03/12/2014 / 00:00

Cidade MANAÍRA	**UF** PB	**CEP** 58995-000	**Telefones** Fone: (87)3831-2396 / Cel: (87)99229-698

Email
dpvat.barra@gmail.com

Qtde.Benef. 1	**Data Óbito**	**Médico** CLECIO	**Valor(INVALIDEZ)**

Beneficiários

Nome CEP / Endereço Profissão	Tipo Benef. Complemento	Vínculo Bairro Renda	Dt.Nasc. Cidade	CPF/CNPJ UF
MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS 58995-000 RUA ESTER FERREIRA RECUSOU INFORMAR	Vítima	***Indefinido*** CENTRO RECUSOU INFORMAR	27/05/1969 MANAÍRA	045.246.374-27 PB

Restrições

* PROCESSO COM PENDÊNCIA

Histórico

Data	Usuário	Situação
05/02/2015 18:44:59	MSA FERNANDA.C	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Líder (ASL)
10/02/2015 19:18:07	MSA GLEDSON	Pré-Cadastro c/ Restrição

Detalhes das restrições

FAVOR ENVIAR:
* COMPROVANTE BANCÁRIO
* FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
*Declaração assinada pelo proprietário da motocicleta, com firma reconhecida, informando que a vítima conduzia a motocicleta do declarante por ocasião do acidente, como neste link: http://www.dpvatseguradotransito.com.br/static/documentos/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf

28/03/2016 11:05:16	MTZ ANDREIA	Processo Aguardando Liquidação

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2017
DPVAT - CTBA

Atenção :
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

NILO CAIRO, 171 Centro – Cep: 80060-050
Tel.: (41) 3021-4488 Fax: (41) 3021-4486
e-mail: dpvat-prcentauro-on.com.br
CURITIBA - PR

Entre em nosso site http://www.centauro-on.com.br e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 696307 e a data de nascimento 27/05/1969 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!

Arquivar Cx: 8041

CENTAURO-ON

Registro de Sinistro

DP.: 111

Processo: 3150/826060

Código: 696307

Unidade	Parceiro	Sub-Parceiro
CENTAURO-ON RIO DE JANEIRO	M.S.A. SERVIÇOS DE	CHRISTIAN MARQUES

BO Nº	Data BO	DELEGACIA
663/2014	03/12/2014	DELEGACIA DE POLICIA DE PRINCESA ISABEL

Placa	Tipo de Veiculo	IML
HPG-5060/PB	09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	

Nome da Vítima	Tipo Sinistrado	Natureza
MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS	3 - Motorista	2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado	Data Nascimento	Tipo de CPF	CPF da Vítima	Data Ocorrência / Hora
FEMININO	27/05/1969	0 - Possui CPF	045.246.374-27	03/12/2014 / 00:00

Cidade	UF	CEP	Telefones
MANAÍRA	PB	58995-000	Fone: (87)3831-2396 / Cel: (87)99229-698

Email
dpvat.barra@gmail.com

Qtde.Benef.	Data Óbito	Médico	Valor(INVALIDEZ)
1		CLECIO	

Beneficiários

Nome CEP / Endereço Profissão	Tipo Benef. Complemento	Vínculo Bairro Renda	Dt.Nasc. Cidade	CPF/CNPJ UF
MARIA DE LOUDES PEREIRA CAMPOS 58995-000 RUA ESTER FERREIRA RECUSOU INFORMAR	Vitima	***Indefinido*** CENTRO RECUSOU INFORMAR	27/05/1969 MANAIRA	045.246.374-27 PB

Restrições

× PROCESSO COM PENDÊNCIA

Histórico

Data	Usuário	Situação
05/02/2015 16:44:59	MSA FERNANDA.C	Pré-Cadastro - Aviso Seg. Lider (ASL)
10/02/2015 19:18:07	MSA GLEDSON	Pré-Cadastro c/ Restrição

Detalhes das restrições

FAVOR ENVIAR:
* COMPROVANTE BANCÁRIO
* FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
*Declaração assinada pelo proprietário da motocicleta, com firma reconhecida, informando que a vítima conduzia a motocicleta do declarante por ocasião do acidente, como neste link: http://www.dpvatsegurodotransito.com.br/static/documentos/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf

Data	Usuário	Situação
28/03/2016 11:08:16	MTZ ANDREIA	Processo Aguardando Liquidação
30/10/2017 15:54:45	CTBA GUILHERME	Processo c/ pendência documental

Detalhes das restrições

Apresentar: Declaração de inexistência de IML ou Laudo do IML - lesões corporais

Atenção :
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

NILO CAIRO, 171 Centro – Cep: 80060-050
Tel.: (41) 3021-4488 Fax: (41) 3021-4486
e-mail: dpvat-pr@centauro-on.com.br
CURITIBA - PR

Entre em nosso site http://www.centauro-on.com.br e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 696307 e a data de nascimento 27/05/1969 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!

SINISTRO 3150826060 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
BENEFICIÁRIO MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
CPF/CNPJ: 04524637427

Posição em 21-11-2017 11:28:46

Pedido de indenização cancelado.

Desarquivar

CX 8041 - RIO

Guilherme

SINISTRO 3170647781 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
BENEFICIÁRIO MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
CPF/CNPJ: 04524637427

Posição em 19-12-2017 09:26:03

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Boletim de ocorrência	**Vitima**	**Não Conforme**	
Declaração de Inexistência de IML	**Vitima**	**Não Conforme**	
Comprovante de residência	**Beneficiário**	**Não Conforme**	MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS

CENTAURO-ON
05 JAN. 2018
DPVAT/CTBA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647781
Cidade: Manaíra
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS
Data do acidente: 03/08/2014
Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Sim
Diagnóstico: FERIMENTO EM JOELHO DIREITO
Resultados terapêuticos: A ESCLARECER
Sequelas permanentes:
Sequelas:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: LAUDO INCONCLUISVO

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**

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS
CRM do médico: 52.43685-6
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número:	3170647781	**Cidade:**	Manaíra	**Natureza:**	Invalidez Permanente
Vítima:	MARIA DE LOURDES PEREIRA CAMPOS	**Data do acidente:**	03/08/2014	**Seguradora:**	PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA JOELHO DIREITO, COM ROTURA DE TENDÃO PATELAR

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. SEM COMPLICAÇÕES. ALTA EM 04/09/2014

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/02/2018

Conduta mantida:

Observações: *REVISOR, BASEADO NA DOCUMENTAÇÃO E EXAME MÉDICO, DISCORDOU DA VALORAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR.ENQUADRO E VALORO AS SEQUELAS EM JOELHO DIREITO

Médico examinador: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: