

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280997

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190280997**

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000040929-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3190280997

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190280997**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	492.099.178-98	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		492.099.178-98		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
OPENAON DE MAQUINAS	RUA PROJETADA	S/N		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
CENTRO	PAULISTA	PARAIBA	58.860-000	
E-mail: _____				
Tel.(DDD): (83) 99974-6322				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 40929-6
(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.

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 de 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, PAULISTA - PB, 12.04.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

* JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

Assinatura

2º | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROZ DA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-09

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0271/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **20/12/2018** hora: **07:30 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , nascido em / / , documento: , filho(a) de e de , endereço: ***** , referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA, alcunha " ", Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 22 anos, nascido em 25/12/1996, cor/raça: *****, Estado Civil: Solteiro, Profissão: operador de máquinas, Escolaridade: fundamental, documento: CPF 492.099.178-98, filiação: Janio Rodrigues de Oliveira e de Vanilda Venancio de Oliveira, endereço: Rua Projetada, Sn, Centro, Paulista-PB, referência: próximo ao colégio José Jerônimo e a creche. Tel/Cel:(83) 99886-0183;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 20/12/2018 por volta das 07:30 hrs a vítima conduzia a moto Honda Biz 110i, 2016/2016, vermelha, chassi 9C2JC7000GR209693, placa QFO-6656 licenciada em nome de Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho, quando trafegava por uma rua do centro da cidade de Paulista-PB em um cruzamento foi desviar de um cachorro e acabou colidindo em uma árvore; Que em virtude do acidente a vítima sofreu uma colisão no pé esquerdo; Que após receber atendimento no hospital de Paulista, foi encaminhado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro em Patos; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 29 de março de 2019. Às 09:57 horas.

+ Jánio Venancio de Oliveira

Notificante

Testemunha Arrogada

Pedro

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

POLICIA CIVIL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	492.099.178-98	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		492.099.178-98	Número:	Complemento:
Profissão:	Endereço:			
OPEMAN DE MAQUINAS	RUA PROJETADA			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
CENTRO	PAULISTA	PARAIBA	58.860-000	
E-mail:		Tel.(DDD):	(83) 99974-6322	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 40929-6

(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.

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 de 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, PAULISTA - PB, 12.04.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wanderley junior

Assinatura

2º | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROZ GAMA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Mayara Monique Queiroz Gama Wanderley

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RODO

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



1004
Pikar Internamento

Prefeitura Municipal de Paulista - PB
Secretaria Municipal de Saúde



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente José Vinícius de Oliveira

residente na (a) Rua projectada

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Petrópolis

Na Cidade de Petrópolis

MOTIVO

Paquente vítima de colisão moto-ônibus, sem contusões anatômicas de ordem
ou perda de consciência. Supõe contusão com MIE com níveis de edema + diminu-
ção de movimentos. Rx em geral e deligual com níveis de pressão em
diferentes níveis em 10, 40 e 50 mmHg e no nível pressor de 100 mmHg de possibilidade
de contusão a Dr. Leonor de F.

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

Acordosamente.

Paulista (PB) em, 20 / 12 / 19

Geraldo Alves de Brito
Médico
CRM-PB 12000

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: 08/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000040929-6

Nr. da Autenticação 3D03604D5DEB8F30

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71674110

REFERÊNCIA

IAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA
RUA PROJETADA, SN - CENTRO PAULISTA PB 58860-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
185.001.650.0351.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N331421	04/05/2016	EXT LAGR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA	345	356	11	30	09/02/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.	DEZ/2018	9	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
NOV/2018	6	TURBIDEZ	24	24	24	
OUT/2018	5	CLORO	24	24	24	
SET/2018	3	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2018	10	COR	10	15	15	
JUL/2018	11	COL.TOTAIS	24	24	24	
MÉDIA(m ³)	7	DADOS REFERENTES A: NOV/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 10/01/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:43:25

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m ³ - 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	1 m ³	4,89
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 11/2018		0,76
JUROS DE MORA 11/2018		0,23

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,06 PIS E CONFINS LFT 12-741/17

VENCIMENTO: 23/01/2019 Total a Pagar: R\$ 43,79

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

AVISO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N. 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÉNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.
LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIPE - NO DIA 12/01/2019 AS 14:00H.

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PETROPOLIS POMBAL. PB 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto	
Y17F649254	23/01/2018	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA				
133	140	7	30	07/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2019	6	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
DEZ/2018	12	TURBIDEZ		46	46	46
NOV/2018	11	CLORO		46	46	46
OUT/2018	9	COL.TERMOT		0	0	0
SET/2018	11	COR		46	46	46
AGO/2018	22	COL.TOTAIS		46	46	46
MÉDIA(M)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 07:34:58
DESCRIÇÃO	
ÁGUA	CONSUMO TOTAL(R\$)
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3
ESGOTO	67,65

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,26 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	22/02/2019	Total a Pagar:	R\$ 67,65
-------------	------------	----------------	-----------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2019	22/02/2019	R\$ 67,65

DEBITO AUTOMATICO

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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAQUES NAMOS WANDENCEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178/98

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 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 BEC FCO DA SILVA ALMEIDA</u>		Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>	
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u>JAQUES.NAMOS@BOL.COM.BR</u>		Tel.(DDD):	<u>(83) 99974 6322</u>			

Local e Data: POMBAL-PB, 12.04.2019

Jaques Namos Wandencey

Assinatura do Declarante

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)
 Capital 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAQUES RAMOS WANDENCGY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

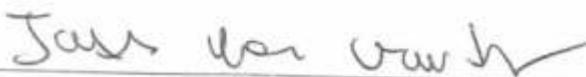
Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 BELÉM DA SILVA ALMEIDA</u>		Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>	
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u>JAQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>			

Local e Data: POMBAL-PB, 12.04.2019



Assinatura do Declarante

26 ABR. 2019

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY			Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA			Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais) 115.190,01
IMPOSTO DEVIDO	16.637,48
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	14.821,36
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00

CONFIDENCIAL

PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2018)

NÚMERO DE QUOTAS

1

VALOR DA QUOTA

14.821,36

26 ABR. 2019

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 29/04/2018 às 12:43:14
0702617654

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho**, RG nº 55.326.797-8, data de expedição 29/03/2011, Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 106.812.084-30, com domicílio na cidade de Paulista, CEP: 58.860-000, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projetada, nº s/n, centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **Janio Venancio de Oliveira**, cujo o condutor era **Janio Venancio de Oliveira**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ

Ano: 2016

Cor: VERMELHA

Placa: QFQ 6656/PB

Chassi: 9C2JC7000GR209693

Data do Acidente: 20 / 12 / 2018

Local e Data: PATOS - PB, 04 / 04 /2019



Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Bol. DINAMÉRICO WANDERLEY - Edifício Wanderley - Centro
1º Andar - 2º Andar - 3º Andar - 4º Andar

Rua Tomás Peixoto, 174 - Centro
CEP 58010-030 - Patos - Paraíba
Tel: (83) 3421-0776
Fax: (83) 3421-0800



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: **Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho**

En test da verdade. Patos-PB 05/04/2019 11:17:15
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCREVENTE
[2019-002035]EMOL:R\$ 09,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AIIK15105-PW31
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

1004
Pikar Internamento

Prefeitura Municipal de Paulista - PB
Secretaria Municipal de Saúde



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente José Vinícius de Oliveira

residente na (a) Rua projectada

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Petrópolis

Na Cidade de Petrópolis

MOTIVO

Paquente vítima de colisão moto-ônibus, sem contusões anatômicas de ordem
ou perda de consciência. Supõe contusão com MIE com risco de edema + insti-
dade de movimentar. Rx em paral + deligas com monitor de pressão arterial
depois de 10 min e 10°, 40° e 50° microtorno + no reato pressão de 100 mmHg de 10° postural.
4 contatos a Dr. Leonor de F.

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

Agradecemos.

Paulista (PB) em, 20 / 12 / 19


Dr. Leonor de F.
Médico
CRM-PB 12000

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	28/12/2018	HORA	15:24
OCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		IDADE 21a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO II	JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA		
CIDADE	PAULISTA	PB	58260880
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
Bairro	CENTRO		
NATURALIDADE	PAULISTA		
TELEFONE	8398880850 CELULAR		
C.N.S.	898002463901581	IDENTIDADE	55.326.345-5
C.P.F.	492.099.178-98	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/12/1996	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	SERVICO GERAL

RESPONSÁVEL JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA Ass. Resp./Paciente

X Janio Venancio Oliveira

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

Fract. 3^o; 4^o e 5^o M78 L Humeros

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

Idem

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Idem*

*Dr. Leonardo Monteiro
2018-12-28 15:24*

DIAGNÓSTICO *Fract. de joelho (Metatarso)*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 23/02/18

Hora 15 Min

MOTIVO

Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM

*Edson Freitas Lima
2018-12-28 15:24*

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	OPERADOR	KGOMES
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	DATA DE ALTA	21/12/2018

RESUMO CLÍNICO:

Janio Vencio d Oliveira
Fractura no Pé - 1º Fôrum
de Metatarsos

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

F81.0 Fratura de Metatarsos

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Ressecção, Enxerto do 5º MT
Ressecção do 3º e 4º MT

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

N/N

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Retorno ambulatorial
- uso de medicamentos

CONDICÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para

PATOS/PB, 29 DE DEZEMBRO DE 2018.


MÉDICO/CRM

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: <i>Járois Venâncio de Oliveira</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DATA	UNICO	CONFERIDO	DATA	ORIENTO	
<i>22/12/2018</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>15:20</i>	
ESTADO	CIRURGIA		ARRESTO		
<i>Reflex</i>	<i>21</i>		<i>21</i>	<i>21</i>	
ESTABILIZADORES	DATA		EDAD	PESO	
	<i>22/12/2018</i>		<i>16/10/18</i>	<i>70</i>	



MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Inst. Ureterostomia		Equipos p/ coro e sangue
	TX. Cionógrafo	1	Sólosp 3F 0,4
	TX. Bomba de Infusão	1	Lixa de Estet. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Cervitivo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação G. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sáfa	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oômetro de Pulso	1	Eletrodos desz.
	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepon 20cm
	Tricombinal		Atadura Gessada 10cm
	Quidin		Sonda Uretral
	Poxidin		Sonda Nasogástrica
	Dorminal		Éter Sutórico
	Fentanil 0,06mg		Dreno Pneum.
	Xilocaina a 5%		Dreno Sutório
	Merca		Dreno do Tórax
	Xilocaina a 2%		Espandrapo
	Etdomidato		Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubrocaina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanescat 0,6ml	1	Algodão Hidrófilo
	Naricat		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufentan		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguinha descartável
	Água desidratada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atroginina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Distal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pistil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilast		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Aguinha de Raquo Descartável		Polycat 0 c/ agulha
	Abboçato 20 e 22		Polycat 2-0 c/ agulha
	Polycat 0 s/ agulha		Polycat 3-0 c/ agulha
	Polycat 2-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Polycat 3-0 s/ agulha		
	Prolene 0 c/ agulha		

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jairinho</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>22/12/13</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Saíns</u>	Iº Auxiliar <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura de Metatarso</u> <u>3:49:13</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Redução + T1 + fixador</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

- 1) Fratura no DD
- 2) exposição - curvilinear
- 3) exposição do corpo
- 4) museu total aberto no DD (2)
- 5) ósseo clínico no T: MTT. El destro
- 6) luxação
- 7) ósseo reduzido
- 8) ósseo reduzido no lado

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

James Viana de Oliveira
portador(a) da identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10
S92.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (60) dias, a
partir desta data.

Patos, 22/06/19

Stênius Guy W. Araújo
CRM 1327 - CBO 223146
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Assinatura CNAE 206750711110006
(Assinatura do(a) médico(a))

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo o(a) Dr.(a) _____

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
emplo neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1^ª via - paciente 2^ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nóbrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2741

卷之三

卷之三

卷之三

102

110

An anterior view of a human hand skeleton. A white line is drawn from the distal tip of the thumb, along the thenar eminence, and then down the medial side of the hand towards the wrist. The skeleton is shown from the front, with the thumb on the left and the fingers pointing downwards.

2018-01-16 00:00:00
2018-01-18 16:00:51 96 00190
JANOVENANCIO DE OLIVEIRA, *25/Dez/1996
000000008559

JUAN VENANCIO DE OLIVEIRA, "25 DEZ/1996

四百四十五



Paciente: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Nº do Paciente: PB180251296

Data de Nascimento: 25/12/1996

Data do Exame: 12/04/2019

Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PÉ ESQUERDO AP/PERFIL/OBL

RELATÓRIO:

Discreta lateralização da cabeça do terceiro metatarso, em relação ao eixo de seu corpo, com tênue área de maior radiodensidade na transição da cabeça com o corpo.

Alteração morfológica, com discretas irregularidades dos contornos e formações osteohipertróficas e que se projeta medialmente na transição da cabeça com o corpo do quarto metatarso, com discreta esclerose óssea e pequeno desvio lateral da cabeça em relação ao eixo do corpo.

Irregularidade dos contornos ósseos, mais pronunciados, são observadas no segmento distal do quinto metatarso, com maior comprometimento da sua cabeça, com áreas de maior radiodensidade entremeadas por pequenas áreas luscentes, com formações osteohipertróficas, que se projetam notadamente em sua face lateral.

Pequena imagem ossificada, ovalada, projetada na face medial da articulação metatarso-falangiana do primeiro dedo, de limites definidos e contornos regulares.

Pequena formação osteohipertrófica nas porções mais proximais e mediais do cuneiforme medial.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Espaços e relações articulares estão mantidos.

Demais partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 12/04/2019 10:03:54 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para qualquer esclarecimento necessário.

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E



17 ABR 2019

3 cm

17 ABR 2019

C 1420

L 3917

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E

17 ABR 2019

3 cm

C 1132

L 4013

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E



17 ABR 2019

cm

C 1159
L 4054

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280997 Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018 Cobertura: INVALIDE

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a) JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: $5.00\% \times 13.500,00 =$ **R\$ 675,00**

Recebedor: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000040929-6

Tipo: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE: 5521

CRM-PB: 9251 / CRM-RN: 9800

LAUDO MÉDICO

Atesto para fins de perícia médica que o paciente Sr. **JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**, é portador de sequela de fraturas múltiplas do pé esquerdo (colo dos 3º, 4º e 5º metatarsos e fratura de falange proximal do hálux esquerdo), devido a acidente de trânsito (queda de moto) em 20/12/2018. Com queixa de dor importante em pé esquerdo. O paciente foi submetido a intervenção cirúrgica no dia 22/12/2018 para redução e fixação de fratura. Ao exame: Ferida operatória na região dorsolateral sobre o 5º metatarso do pé esquerdo cicatrizada, deambulação antalgica, edema em pé esquerdo além de limitação de dorsiflexão e flexão plantar de tornozelo esquerdo, limitação e dor a mobilização de artelhos do pé esquerdo. Radiografia do pé esquerdo: fraturas supracitadas consolidadas.

Alta da ortopedia.

CID 10: S 92.7 / M 25.5 / M 25.6

Pombal, em 26 de maio de 2019.

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9251 PB

MÉDICO

1004
Pikar Internamento

Prefeitura Municipal de Paulista - PB
Secretaria Municipal de Saúde



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente José Vinícius de Oliveira

residente na (a) Rua projectada

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Petrópolis

Na Cidade de Petrópolis

MOTIVO

Paquente vítima de colisão moto-ônibus, sem contusões anatômicas de ordem
ou perda de consciência. Supõe contusão com MIE com níveis de extensão + dificul-
dade de movimentar. Rx em geral e deligada com níveis de pictures em
dorsos distais em 10, 40 e 50 minutos e no reago premente desdeng de 1º grau d'edema
e contusão a Dr. Leonor de F.

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

Agradecemos.

Paulista (PB) em, 20 / 12 / 19


Dr. Leonor de F.
Médico
CRM-PB 12000

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	28/12/2018	HORA	15:24
OCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		IDADE 21a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO II	JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA		
CIDADE	PAULISTA	PB	58260880
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
Bairro	CENTRO		
NATURALIDADE	PAULISTA		
TELEFONE	8398880850 CELULAR		
C.N.S.	898002463901581	IDENTIDADE	55.326.345-5
C.P.F.	492.099.178-98	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/12/1996	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	SERVICO GERAL

RESPONSÁVEL JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA Ass. Resp./Paciente

X Janio Venancio Oliveira

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

Fam. 3º; 4º e 5º MTO c/ Habs. O

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

Idem

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Idem*

*Dr. Leonardo Monteiro
2018/12/28 - 15:24:12.551*

DIAGNÓSTICO *Fract. da p/ Molar superior*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *23/02/18*

Hora ____ H ____ Min

MOTIVO

Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM

*Leônardo Bruno Alves Monteiro
CRM-PB 102312501*

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	OPERADOR	KGOMES
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	DATA DE ALTA	21/12/2018

RESUMO CLÍNICO:

Janio Vencio d Oliveira
Fractura no Pé - 1º Fôrum
de Metatarsos

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

F81.0 Fratura de Metatarsos

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Ressecção, Enxerto do 5º MT
Ressecção do 3º e 4º MT

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

N/N

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Retorno ambulatorial
- uso de medicamentos

CONDICÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para

PATOS/PB, 29 DE DEZEMBRO DE 2018.


MÉDICO/CRM

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

IDENTITE		DATA		HORARIO		NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL	
22	UNICO	CONFERIDO	21	21	15:20	00	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
SITUAÇÃO		CIRURGIA		ARRESTO		SITUAÇÃO	
Sangue		21		21		Sangue	
Reflexos		21		21		Reflexos	
ESTERILIZADORES		DATA		HORARIO		ESTERILIZADORES	
		22-12-2018		16:10h			



MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Inst. Ureterostomia		Equipos p/ coro e sangue
	TX. Cionógrafo	1	Salg 3F 0,4
	TX. Bomba de Infusão	1	Lixa Et. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Cervitivo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação G. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sáfa	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oômetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Tricombucal		Atadura Gessada 10cm
	Quidin		Sonda Uretral
	Poxidin		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sutórico
	Fentanil 0,06mg		Dreno Pneum
	Xilopatina a 5%		Dreno Sutório
	Merav		Dreno do Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etdomidato		Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubrocavina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanescat 0,6ml		Algodão Hidrófilo
	Naricat		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufentan		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguinha descartável
	Água desidratada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atroginina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Distal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pistil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilast		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdlectomia
	Aguinha de Raquo Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocais 20 e 22		Polycat 0 c/ agulha
	Polycat 0 s/ agulha		Polycat 2-0 c/ agulha
	Polycat 2-0 s/ agulha		Polybot 3-0 c/ agulha
	Polyjet 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jairinho</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>22/12/13</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Saíns</u>	Iº Auxiliar <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura de Metatarso</u> <u>3:49:13</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Redução + T1 + fixador</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

- 1) Fratura no DD
- 2) exposição - curvilinear
- 3) exposição do corpo
- 4) museu total aberto no DD (E)
- 5) ósseo clínico no T: MTT. El destro
- 6) luxação
- 7) ósseo reduzido
- 8) ósseo reduzido no lado

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) _____

Janez Vianaio de Oliveira
portador(a) da identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10
S92.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (60) dias, a
partir desta data.

Patos, 22/06/19

Stênius Guy W. Araújo
CRM 1327 - CBO 223146
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Assinatura CNAE 206750711110006
(Assinatura do(a) médico(a))

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo o(a) Dr.(a) _____

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
emplo neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1^ª via - paciente 2^ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nóbrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone: 83 3423.2741

卷之三

卷之三

10

E112016 07/0012744

104

卷之三

ZCCN 1/2010 16 03 31 - 201001160331

四百一

JANIO VENANCIOS DE OLIVEIRA, * 25 Dez' 1996



Paciente: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Nº do Paciente: PB180251296

Data de Nascimento: 25/12/1996

Data do Exame: 12/04/2019

Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PÉ ESQUERDO AP/PERFIL/OBL

RELATÓRIO:

Discreta lateralização da cabeça do terceiro metatarso, em relação ao eixo de seu corpo, com tênue área de maior radiodensidade na transição da cabeça com o corpo.

Alteração morfológica, com discretas irregularidades dos contornos e formações osteohipertróficas e que se projeta medialmente na transição da cabeça com o corpo do quarto metatarso, com discreta esclerose óssea e pequeno desvio lateral da cabeça em relação ao eixo do corpo.

Irregularidade dos contornos ósseos, mais pronunciados, são observadas no segmento distal do quinto metatarso, com maior comprometimento da sua cabeça, com áreas de maior radiodensidade entremeadas por pequenas áreas luscentes, com formações osteohipertróficas, que se projetam notadamente em sua face lateral.

Pequena imagem ossificada, ovalada, projetada na face medial da articulação metatarso-falangiana do primeiro dedo, de limites definidos e contornos regulares.

Pequena formação osteohipertrófica nas porções mais proximais e mediais do cuneiforme medial.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Espaços e relações articulares estão mantidos.

Demais partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 12/04/2019 10:03:54 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para qualquer esclarecimento necessário.

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E



17 ABR 2019

3 cm

17 ABR 2019

C 1420

L 3917

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E

17 ABR 2019

3 cm

C 1132

L 4013

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E



17 ABR 2019

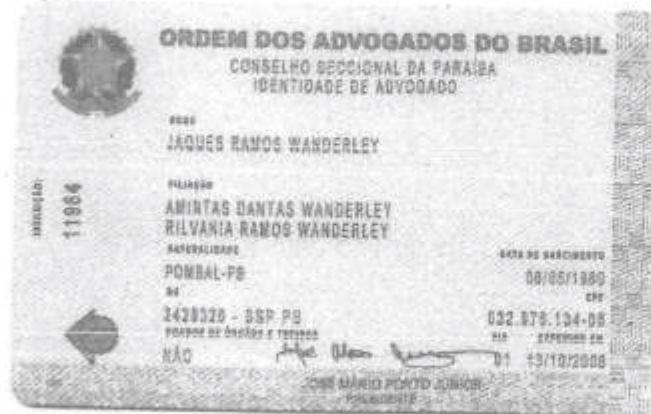
cm

C 1159
L 4054





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/07/2014
NOOME	JAQUES RAMOS WANDERLEY		
FILIAÇÃO	AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY		
NATURALIDADE	POMBAL-PB		
DOC. ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980		
CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28 CARTÓRIO POMBAL-PB			
032.976.134-08			
ASSINATURA DO DIRETOR LEIAK 7.116 DE 20/08/2013			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 07

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rue Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
71825665
N.º OSP
19511758

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

AMINTAS DANTAS W JUNIOR
RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - LANDAR -
JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.002.155.0307.000	0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N469919	12/01/2017	EXT. LACRE	IGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2018	22/10/2018	37,91			

EMISSÃO:	Total a Pagar:
10/12/2018	R\$ 37,91

CAGEPA	MATRÍCULA	N.º OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
	71825665	19511758	10/12/2018	R\$ 37,91

82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 95117581215 9





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

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: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

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: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE.
COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

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: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 07

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00