RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do acidente: 18/11/2019

CPF: 102.256.444-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO : 102.256.444-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/01/2020	Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO	Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 102.256.444-79	CPF: 156.118.057-28
RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO	AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038679 **Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO**

Data do Acidente: 18/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038679

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200038679

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

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

Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos "Dados Cadastrais", sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PE[illegible] O DPVAT

Autorizacao de pagamento

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

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

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
Ranna Beatriz de Olena Felício			102.256.444-79
7 - Profissão: Estudante	8 - Endereço: Rua João Alexio	9 - Número: S/N	10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Bucena	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.315-000
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bucena, de de 2019.

x Ranna Beatriz S. Felício
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PE[illegible] DPVAT

Autorizacao de pagamento

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

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

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Ranna Beatriz de Lima Felício
6 - CPF: 102.256.444-79
7 - Profissão: Estudante
8 - Endereço: Rua João Alexio
9 - Número: S/N
10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro
12 - Cidade: Bucena
13 - Estado: PB
14 - CEP: 58.315-000
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bucena, de de 2019.

x Ranna Beatriz S. Felício
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

5ª D.S.P.C. DELEGACIA DE LUCENA

Boletim de ocorrencia

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00282.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00282.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:47 horas do dia 11 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ranna Beatriz de Sena Felício**, conhecido(a) por Hanna E/ou Bia, CPF nº 102.256.444-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Hérica Virginia Nascimento de Sena e Ronaldo da Silva Felicio, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/05/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Aleixo, Nº 200, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Rua Por Trás da Antiga Casa de Show Millenium, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98831-5752.

9

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Porfirio Guedes, nº S/N, Via Pública Na Localidade de Gameleira Nesta Comarca, De Frente a Loja de Conveniência do "arrozinho", Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/11/19 14:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo BIZ 100 ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2015/2015, UF: PB, placa QFT-8848, chassi 9C2HC1420FR032943, renavam 0107664124-2, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 012650866995; nº. P.r.t.: 20160000026880-7; nº. Lacre: 0043237770; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Ricardo Lira Pereira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

NA DATA DO FATO PILOTAVA A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA-MOLA DA ENTRADA DA LOCALIDADE DE GAMELEIRA NESTA COMARCA, PERDEU O EQUILÍBRIO E VEIO A BATER EM UM POSTE DA REDE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDA PELA EQUIPE DO "SAMU" LOCAL DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO HOSPITALARES, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE PASSOU PELOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, PERMANECENDO INTERNA PELO PERÍODO DE DEZ (10) DIAS NAQUELE COMPLEXO HOSPITALAR CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

ADENDO(S):

Què na data 11/12/2019, à(s) 11:19 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DECLARANTE FOI DIAGNOSTICADA COM A PATOLOGIA "CID-10 1623/1626", CONFORME ATESTADO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA. ASSINADO PELO MÉDICO RICARDO R. CHECANOVIC, C.R.M/PB-6801.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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

Lucena/PB, 11 de dezembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Ranna Beatriz de Sena Felício

RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO
Noticiante

5ª D.S.P.C
DELEGACIA DE LUCENA

Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101

SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCENA-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU LUCENA USB 57

Comp. Reg. de Acidentes Declarados

IDENTIFICAÇÃO /OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n:	M.R	Plantão	Hrs da saída	Hrs do retorno
18.11.19	2616 2.19	Mágeia	Diurno ☒ Noturno ☐	17:00	22:30

Paciente	Idade	SEXO
Ana Beatriz de Sena Felício	20	Masc. ☐ Fem. ☒

Local da ocorrência	Bairro:	Cidade:
R. Projetada	Grameleira	Lucena

Apoio no local ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PRF ☐ SEMOB ☐ BPTRAN ☐ USA

QTA ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Local não encontrado Outros _____

TIPO DE AGRAVO **ANTECEDENTES**

X	ACIDENTE DE TRÂNSITO		PEDRIATRICO		AIDS		DOENÇA MENTAL
	AGRESSÃO		PSIQUIÁTRICO		ALCOOLISMO		DOENÇA RENAL
	CLÍNICO		AFOGAMENTO		AVC		DROGAS
	DESABAMENTO/SOTERRAMENTO		QUEDA-ALTURA		CIRURGIAS REALIZADAS		HIPERTENÇÃO ARTERIAL
	ELETROCUSSÃO		QUEIMADURAS		CONVULÇÕES		INTERNAMENTOS ANTERIORES
	F.A.B		OUTROS		DIABETES		MEDICAMENTO DE USO CONTINUO
	F.A.F				DOENÇA CARDÍACA		PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
	GINECO-OBSTÉTRICO				DOENÇA INFECTO- CONTAGIOSA		OUTROS _____
	LESÕES TÉRMICAS						

Natureza da Ocorrência : ☐ CLÍNICO ☒ TRAUMA ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO

Motivo Acidente de moto

Hospital de Trauma

DESTINO DO PACIENTE(UNIDADE HOSPITALAR **)** **Responsável e função (assinatura e carimbo)**

☐ Atendido do local e liberado ☐ Óbito no local ☐ óbito durante atendimento ☐ Óbito durante o transporte

TRANSFERÊNCIA : ☐

Hospital de origem: _____ **Hospital de destino:** _____

Responsável : _____ **Responsável :** _____

Ana Virgínia L. da Costa
Cirurgiã Geral
CRM-PB

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS QUEIXAS E SINTOMAS)

DADOS VITAIS : P.A. 140x90mmHg **FC** 93 **FR** 16 **TEMP.** 37 **HGT:** _____ **SpO2-S/02** 94 **Sp02-C/02** _____

VIAS AÉRIAS LIVRE ☒ **OBSTRUIDA PARCIALMENTE** ☐ **OBSTRUIDA TOTALMENTE** ☐ **EDEMA DE GLOTE** ☐

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM : (Diagnóstico de Enfermagem)

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa diminuída ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disrefiexia Autônoma ☒ Dor aguda ☒ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integralidade da Pele prejudicada ☐ Integralidade 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 ☐ Termo regulação ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicado ☐ Ventilação Espontânea prejudicada ☐ Volume de líquido Deficiente ☐ Volume Excessivo de líquido ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinaria Prejudicada ☐ Constipação

(Orientação da Regulação Médica) fazer protocolo, bero, imobilizar e encaminhar paciente p/ o Hospital de Trauma

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (A) paciente consciente, orientada, escoriações em MMSS II, fratura exposta dos indicados da mão direita, T.C.E leve, sinais vitais estáveis.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Equipo, soro, luvas, faixas, esparadrapo.

VENTILAÇÃO: ☒Espontânea ☐Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada Respiratória

EXPANSIBILIDADE: ☒Normal ☐superficial ☐Regular ☐Irregular **EDEMAS** : ☐ Sim ☐ Não _____

PERFUSÃO ☒Normal ☐Retardada 2 Seg ☐Ausente **PULSO:** ☐Regular ☐Irregular ☐Fino ☐Cheio ☐Ausente

EXAME NEUROLÓGICO : Glasgow 13 **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA :** ☒ consciente ☐ inconsciente

☒ Orientado ☐ Algo- Desorientado ☐Agitado ☐Hálito Etílico ☐Sonolência ☐Convulsão ☐Otorragia ☐Epitaxe

IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS ☐ Midríase ☐ Miose ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐Abortamento ☐Hemorragia Vaginal ☐Trabalho de parto ☐normal ___sem.

ENCONTRADO ☒Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐Deambulando ☐Outro _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	Bomba de infusão		DEA ADUL ☐INF ☐		Sonda vesical		Desfibrilação
	Cânula Orofaríngea		Desobstrução V.A		Sonda Nasogastrica		ASPIRAÇÃO
X	Colar cervical T:		Inalação de oxigênio		Massagem cardíaca		KED Adulto
	Controle de hemorragia		Cateter o2		Prancha longa		KED Infantil
	Cricotireidostomia		Mascara reservatório		Punção venosa J.		Outros
X	Curativo		Mascara Venturi		Talas T.	X	
	Compressivo ☐Três P. ☐		Bolsa Válvula Mascara		Tração		

Descrição dos procedimentos

_____

PERTENCENTES DA VÍTIMA: ☐ **SIM** ☒ **NÃO Objetos :** _____

_____ _____

ENTREGUES Á / Local **Assinatura com carimbo do recebedor**

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO

CONDUTOR : Cassio **Matricula** _____

TEC. ENFERMAGEM: Beatriz **COREN :** _____

ENFERMEIRO : Kalinne **COREN:** 566 9F.1

Informações de preenchimento exclusivo do paciente : ☐**Recusa Remoção** ☐**Recusa atendimento**

Nome:_____ **RG:/CPF:**_____

Assinatura (Rubrica)_____ **Observação**_____

Testemunha: _____ **Fone:**_____

Testemunha:_____ **Fone:**_____

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 022 1204 ou 0800 022 1222
(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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Ramna Beatriz de Sena Felicio	102.256.444-79	18/11/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

Declaracao de Inexistencia de IML

Buscena, _____ de _____ de 2019
Local e Data

Ramna Beatriz de Sena Felicio
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

_____
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 defidentes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Ranna Beatriz de Lima Felicio,

RG nº 4 188 579 - 2ª Via, data de expedição 07/03/17,

Órgão SSP/PB, CPF nº 102.256.444-79,

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)	João Alexo
Número	S/N
Apto/Complemento	
Bairro	Centro
Cidade	Bucena
Estado	Paraíba
CEP	58.315-000
Tel. de contato	(83) 98831-5752
E-mail	ranna.beatriz0605@Hotmail.com

Comprovante de residencia

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Bucena, de de 2019.

Ranna Beatriz S. Felicio

Assinatura do Declarante

JOAO BANDEIRA NETO
RUA JOAO ALEIXO, S/N - CENTRO
LUCENA / PB CEP 58[illegible]-000 (AG. 1)

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.395.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 032.532.021
Cód. para Déb. Automático: 00014735070

Ligação: MONOFASICO
Cls/Sub: RES MTC 31 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 7 - 11 - 850 1000 Referencia: Out / 2019
Medidor: 000090780 37 Emissão: 14/10/2019

[redacted]

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	058.012.904-78

Insc. Est.

[redacted]

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de abril de 2002.
Conheça o Energisa Go! O App aplicativo para smartphones e tablets com mais praticidade e facilidade para você. Baixe o app e, se [illegible] falta de pagamento, confira se haverá desligamento [illegible] serviços ou existência de dívidas!
Tudo [illegible] sem filas e sem burocracia

[redacted]

Data	Leitura	Data	Leitura			
12/13/18	1194	14/10/18	1363		98	32

[redacted]

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base ICMS	Aliq. ICMS	Valor ICMS	Base PIS/COFINS	Aliq. PIS/COFINS	Valor PIS	Valor COFINS
			Tributos Totais:	(*) ICMS(35)					(0,8381%)	(3,8605%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,266030	7,98	7,98	27	2,[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,31
0801	Consumo - 31 a 130kWh-BR	70,000	0,456060	31,92	31,92	27	8,6[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,23
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	88,000	0,684110	47,20	47,20	27	12,7[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1,82
0801	Adic. B. Vermelha			3,74	3,74	27	1,01	[illegible]	[illegible]	0,03	0,14
0801	Adic. B. Amarela			1,08	1,08	27	0,23	[illegible]	[illegible]	0,01	0,04
0810	Subsídio			43,71	43,71	27	11,80	[illegible]	[illegible]	0,37	1,69
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			15,00	0,00	0	0,00	0,0		0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2019			[illegible],67	0,00	0	0,00	0,00		0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2019			[illegible],20	0,00	0	0,00	[illegible]		0,00	0,00
0805	MULTA 08/2019			5,14	0,00	0	0,00			0,00	0,00
0808	PARCELAMENTO DE DÉBITO 35/38			50,28	0,00	0	0,00			0,00	0,00
0808	PARCELAMENTO DE DÉBITO 10/48			83,22	0,00	0	0,00			0,00	0,00
0801	REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 08/2016			-0,22	0,00	0	0,00	[illegible]		0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-28,68	0,00	0	0,00	0,00		0,00	0,00
(CCL Código de Classificação do Item)			TOTAL	264,25	135,61		36,81	135,61		1,13	5,23

Tarifa s/ Tributos: A(130kWh 0,161710 A(6100kWh 0,311500 A(6220kWh 0,487260

[redacted]

0	0	0	0	53	235	214	251	194	183	182	152
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO
3669.6e2e.68e9.1f5d.657e.b8d9.b94e.28d6.

[redacted]

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[illegible] CIAL	5,87	0,00		
[illegible] CTRIMESTRAL	3,74		NOMINAL	220
[illegible] ANCAL	27,40			
[illegible] ENERAL	3,63	0,00	CONTRATADA	
[illegible] TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR	202
[illegible] CAMUM	4,20		LIMITE SUPERIOR	231
[illegible] AG	3,97	0,00		
[illegible] CR	2,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	24,00	9,07
Compra de Energia	31,60	11,96
Serviço de Transmissão	3,57	1,35
Encargos Setoriais	3,61	1,37
Impostos Diretos e Encargos	67,98	25,73
Outros Serviços	133,49	50,52
Total	264,25	100,00

(*) Valor do EUSO (Ref 8/2019) R$ 35,49

[redacted]

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Ricardo Laira Pereira,

RG nº _____, data de expedição ___/___/___,

Órgão _____, portador do CPF nº 087.679.004-02,

com domicílio na cidade de Bucena, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Assentamento Oiteiro de Mirando, nº 44, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Ranna Beatriz de Sena Felicio, cujo o condutor era _____.

Veículo: MOTONETA Modelo: HONDA BIZ 100 ES Ano: 2015

Placa: QFT8848/PB Chassi: 9C2HC1420FR032943.

Data do Acidente: 18/11/19

Declaracao do proprietario do veiculo

Local e Data: Bucena, de de 2019.

Ricardo Laira Pereira
Assinatura do Declarante

Ranna Beatriz de Sena Felicio
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Romilo S. S. Felipe portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S623/S626, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 10 (Dez) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/11/19

Ricardo R. Chrcanovic
CRM-PB 8201

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(ª) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Documentação médico - hospitalar

Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO **Idade:**20

Data: null **Sexo**Feminino **CPF:**Não Informado **BAE:**1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXA-SE DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, PERNA E E D, PÉ E E D, MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2° ODD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME= ECR, EUPNEICA, CORADA, LÚCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X MÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2° ODD E FRATURA 3° MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNA DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD: ORIENTAÇÕES
ANTIBIÓTICO
TETANOGAMMA
ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO
ORIENTADO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA
10075/PB

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ramna B. S. Filho portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S 62. _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/12/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Orlando C. Farias Filho
Ortopedia Pediatrica
CRM-12

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(ª) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Romero S. L. Filho

Uso Oral:

1) IBUPROFENO 600 — 01 cx.
Tomar 01 2/2h

28/11/14

Ricardo R. Cincarovic
CREFITO 3012 / CRM-PB 6801

Assinatura e Carimbo

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO Idade:20

Data: null Sexo:Feminino CPF:Não Informado BAE:1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXA-SE DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, PERNA E E D, PÉ E E D, MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2° QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME= ECR, EUPNEICA, CORADA, LÚCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X MÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2° QDD E FRATURA 3° MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNA DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD: ORIENTAÇÕES
ANTIBIÓTICO
TETANOGAMMA
ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO
ORIENTADO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA
10075/PB

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.188.579 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/2017

NOME
RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

FILIAÇÃO
RONALDO DA SILVA FELICIO
HERICA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA

NATURALIDADE
SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO
06/05/1999

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº2.555 - LIV. A-3 - FLS.139 V. - CARTORIO SANTA RITA-PB

056.444.79

PB

NATURA DO DIRETOR

B+

Nº

DECRETO-LEI Nº 6.182 DE 29/08/83

Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

U-236

Ramon Barbosa da Silva Filho

ASSINATURA DO PORTADOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TRABALHADOR

Esta é, sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituida pelo então Presidente Getulio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contidó neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 206.09113.53-9

CNTPS Nº	SÉRIE	UF
7266595	0050	PB

Ranna Beatriz de Sena Felicio

ASSINATURA DO TITULAR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

FILIAÇÃO.....: HÉRICA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA
RONALDO DA SILVA FELÍCIO

NASCIMENTO....: 06/05/1999
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO
NATURALIDADE: SANTA RITA - PB
DOCUMENTO.....: R G - 8188579 - 07/03/2017 - SSDS - PB

25117.7266595 50-00

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 102 256 444-79
CNH.....:
TIT. ELEITOR:
ZONA:
SEÇÃO:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/PB - JOÃO PESSOA
DATA DE EMISSÃO..: 03/07/2017

SEVERINO PEREIRA SANTOS
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PB

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE __/__/__ PARA __/__/__
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A

A - CASAMENTO B - SEP. JUDICIAL	C - DIVÓRCIO D - ADOÇÃO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	G - DATA DE NASCIMENTO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 012650866995

PRT 201900009269907

01076640124-2 00/00000000 2015

RICARDO LIRA PEREIRA

03767900402 QFT8848/PB

NOVO PB 9C2HC1420FR032943

GASOLINA

2015 2015

PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 21/07/2016

EQUIRO P A G O 26/07/2016

A.E. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

20/07/2016

CONTRAN

DUT

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do acidente: 18/11/2019

CPF: 102.256.444-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO : 102.256.444-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO
CPF: 102.256.444-79

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

ACLUCENA
15 JAN 2020
PB

PARA

SEGURADORA LÍDER - PEDIDO DE SEGURO DPVAT
RUA SENADOR DANTAS Nº 74 15º ANDAR CENTRO
CEP - 20031-205-
RIO DE JANEIRO - RJ

Correios AR MP
SEDEX
PESO (kg) 0,080
FC092828/38
DY 13817506 6 BR

REMETENTE:

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

RUA JOÃO ALEIXO SN CENTRO

CEP. 58315.000

LUCENA PB

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE o trabalho

Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO Idade:20

Data: null Sexo:Feminino CPF:Não Informado BAE:1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXA-SE DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, PERNA E E D, PÉ E E D, MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2° QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME= ECR, EUPNEICA, CORADA, LÚCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X MÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2° QDD E FRATURA 3° MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNA DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD: ORIENTAÇÕES
ANTIBIÓTICO
TETANOGAMMA
ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO
ORIENTADO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA
10075/PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

Número do Sinistro: 3200038679

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do acidente: 18/11/2019

CPF: 102.256.444-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO : 102.256.444-79

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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