
Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587297

Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587297

Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO GUIMARAES DUTRA

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

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

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

Recebedor: **EDINALDO GUIMARAES DUTRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000044**

Conta: **0000090443-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 097 707 95461
 4 - Nome completo da vítima: Edimildo Guimarães Dutra

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

5 - Nome completo: Edimildo Guimarães Dutra
 6 - CPF: 097 707 95461
 7 - Profissão: Recusado
 8 - Endereço: Sit. Salema
 9 - Número: 50
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Alca Rural
 12 - Cidade: Rio Tinto
 13 - Estado: PB
 14 - CEP: 58287-000
 15 - E-mail:
 16 - Tel. (DDD): (83) 986634900

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
 ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 ☐ CONTA: 9044 3 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não
 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - ☐ Não alfabetizado ☐ Alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1ª | Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome:
 CPF:
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 26/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11576.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11576.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:00 horas do dia 04 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Ednaldo Guimarães Dutra**, CPF nº 097.707.954-61, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), filho(a) de Maria Guimarães Bezerra e Luiz Dutra, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 05/01/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Centro, tendo como ponto de referência Sítio Salena., na cidade de Rio Tinto/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, nº S/N, Sítio Salena., Rio Tinto/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 09/02/19 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 09/02/2019 por volta das 10:30 horas quando transitava, na Rua Projetada; Sítio Salena; Zona Rural do município de Rio Tinto-PB, com o veículo tipo YAMAHA/XTZ 125 ano: 2006/2006, de cor preta de placa: MNX1948/PB CHASSI: 9C6KL094060008559 pertencente ao Sra. Vanilda Santana da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando uma vaca invadiu a via, que fez uma manobra para desviar da vaca, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido para o HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE, sendo transferido ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0869/2019, FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM 3137/PB.

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.

João Pessoa/PB, 04 de outubro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


EDNALDO GUIMARÃES DUTRA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 097 707 95461 4 - Nome completo da vítima: Edimildo Guimarães Dutra

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

5 - Nome completo: Edimildo Guimarães Dutra 6 - CPF: 097 707 95461

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Sit. Salema 9 - Número: 50 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Alca Rural 12 - Cidade: Rio Tinto 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58287-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 9044 3 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau 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(s) (nascos)? ☐ 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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - (Assinalar a opção correta)
☐ Não sabe escrever
☐ Não sabe ler
☐ Não sabe escrever e ler

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BASTOS
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1983
FAX: () CNES:

Ficha Nr: 204568 Atid: Nao Registrado
Data: 09/02/2019
Hora: 22:25:44
Excepcional: HEDERSON MARIA HONORATO ET
Especial: ORTOFEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

CNS: 708701103497999 Sexo: M IDENTIDADE: 2287567 Fone: 986648079

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc: 36/11/1987 Id: 32 anos(s)

End.: SÍTIO SALEMA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: SALEMA (RIO TINTO) UF: PB

Mae: MARIA GUIMARAES BEZERRA

Raca: PANDA Femia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: PEDREIRO (FORA EXTECOOPS)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Loc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SE

F. Denosa: HOSPITAL GERLA DE MAMANGUAPE

Num. de Cases atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.02.031133

Fone: 986648079

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

UF: PB

Fone: 986648079

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Id: 32 anos(s)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO - HS. 10.03.18

Vitima de violencia por: SÍTIO SALEMA - 2. 11. 18. RIO TINTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERMELHO

PA: PR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: C24:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Agaxenamente Dem	☐ Grave
☐ Politraumatizado	☐ Convulso
☐ Hemorragia	☐ Dispneia
☐ Febre	☐ Anitido
☐ Regular	☐ Choque
☐ Satisfeito	
☐ Dissatisfeito	

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento: medico

Paciente vítima de acidente de moto.
Voz rouca ou baixa.
Foi quem caiu em Veneza. ©
Doer edem e deformidade em Veneza. ©

Diagnostico

Fratura de bacia

Fratura de Moleto

Prescrição

Autoreceita
Vale para
Internar-se para

Autoreceita
Lauri E. C. Junior
Ortopedia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qde.	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

| Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residência	☐ Transferido	☐ Desleteria	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	☐ Outros	☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do

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: 24/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000090443-2

Nr. da Autenticação 8364C606D87B5A54

MARIA GUIMARÃES BEZERRA
RUA BALDA, 501 - ARRA RURAL
RIO TINTO / PE CEP: 55287930 (A3 14)

Uso: RESIDENCIAL
Cidade: RECIFE - PE
Referência: Set/2019
Medidor: 3330391922



ENERGISA PARA BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9.230 km26 - Orla Rodovia João Pessoa/PE - CEP: 55051-600
CNPJ: 08.058.193/0001-40 - Ins. Est. ICMS: 15.820.0

Mais Energia e Cuidado com o Meio Ambiente
Cód. para Dep. Automático: 000423049-6

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196

Contato: 303.356.054-34

Set/2019 25/09/2019 25/10/2019

UC (Unidade Consumidora): 5/423049-6

Canal de contato

Junta de acompanhamento VACINA BRASIL - Saúde mais em
saúde.gov.br/vacina/brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
25/09/19	15731	25/09/19	15955	
Demonstrativo				
Consumo 1216,7 kWh (1216,7 kWh) (1216,7 kWh) (1216,7 kWh) (1216,7 kWh)				
Tributos (Tributos) (Tributos) (Tributos) (Tributos)				
0501 Consumo em kWh	75.233,1	75.233,1	35,88	35,88
0501 Adm. B. Variável	4,32	4,32	0,05	0,05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0301 CONTRIB. ILUM. PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0304 JUROS DE MORA 01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00
0305 MULTA 01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00
0306 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2019	0,00	0,00	0,00	0,00
0307 BENEFÍCIO - ACR. (ASSURANT 05/2019)	0,00	0,00	0,00	0,00

SOL. Deletado: C. deletado: 0,00 TOTAL 54,00 54,00 15,53 57,31 5,02 1,85

Taxa de Transmissão: 0,546270

VENCIMENTO 02/10/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 84,58

Resumo de Consumo (kWh)

31 02 05 07 09 11 13 15 17 19 21 23 25 27 29 31

Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20

RESERVADO AO FISCO 8439.f46f.0a12.81e3.368e.718c.f200.e906

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	22,01	26,15	
Consumo de Energia	22,01	26,15	
Serviço de Transmissão	4,42	5,23	
Consumo de Serviço	4,42	5,23	
Imposto de Consumo e Energia	57,15	68,62	
Outros Serviços	7,14	8,44	
Total	84,58	100,00	

Valor: EURO 267,72 (2019) R\$ 84,58

ATENÇÃO

Resposta Tarifária Vigente: 25/09/19 - Res. ANEL nº 2.550 - Atualizado em 25/09/19
Resposta Tarifária Vigente: 25/09/19 - Res. ANEL nº 2.550 - Atualizado em 25/09/19
- Lançamento em 25/09/19
- Cálculo de Serviço: EEM (SEGUR. ACR. ASSURANT) 0,00
- O cancelamento de qualquer contribuição a energia elétrica é considerado cancelamento
- O cancelamento de qualquer contribuição a energia elétrica é considerado cancelamento

Faturas em atraso



CERTIDÃO

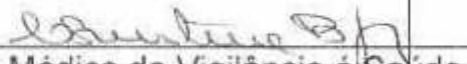
Nº. 0869/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 204568 e Prontuário nº 2019.02.001133 pertencentes à **EDINALDO GUIMARAES DUTRA** que foi atendido dia 09/02/2019 às 22H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/02/2019 com alta médica 01/03/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de junho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

Lauri E. C. Junio
odontologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

| Reservado p/ Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residência	☐ Transferido	☐ Desleitoria	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	☐ Gastos	☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: CARVALHO GILMÁRIO DUARTE Data da Admissão: 09/02/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor e Deformidade em Ventrículo (C)

HDA: Lesão estrutural de parênquima de pulmão
devido a infecção por fungos
em Ventrículo (C)
R: lesão de parênquima de pulmão

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Dislalia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Rx Fratura do Ulna lateral

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura de Vornócelo

Conduta: _____

*Intervenção para Ulna
Cirurgia*

Nome: Edinaldo Guimarães Dutra				Registro:	
Idade: 32 ANOS	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 28-02-2019			Cirurgião: DR ANDRE SIQUEIRA		
1º Assistente: DR LEONARDO			2º Assistente: DR FELLIPE		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Moleto lateral</i>				S82.6	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. Felipe Burity
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 111.128

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região medial do tornozelo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura do maléolo lateral

Conduta:

Realizada manobra de redução

Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem

Aposição de placa 5 furos com 5 parafusos corticais.

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,5%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

OBS: Ato cirúrgico sem intercorrências

Data: 28-02-2019

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Edinaldo Guimarães Dutra

PRONTUÁRIO Nº

IDADE: 32 anos

SEXO: MASC

COR

CLÍNICA

Ortopedia

ENF.:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: 09-02-2019

DATA DE ALTA: 01-03-2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo

CID

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

S82.6

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "Inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALOXINA E DÍPIRONA

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

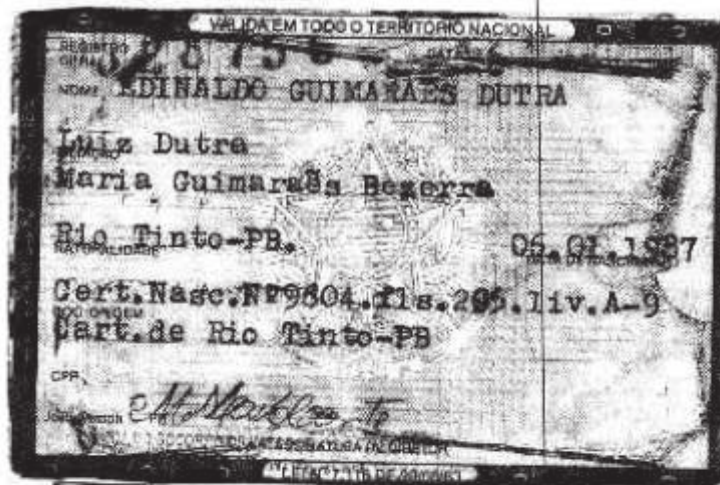
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR Andre Siqueira

ALTA HOSP. ORIENTADA POR DR SAVIO.

01-03-2019

DATA

①



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9429984832

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 2 89305196-9 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
VANILDA SANTANA DA SILVA
R. ESTRADA ANTIGA P/ RECIFE SN
COLINAS DO SUL
58000000 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ 06747059476 PLACA MMZ1948/PB

NOME ANTERIOR
SYNBI MOTOS LTDA

PLACA ANT/UF PB CHASSI 906KE78QD60008559

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/YTZ 125K ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

CAP/POT/CIL 2 14/24 PCI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

DI SERVIÇOS

A.F. BCO AEN AMRO DEAL S.A.
VEIC. COM ACORDO DE PARCELAMENTO

N.Motor : 8380E-000000

LOCAL JOAO PESSOA-PB DATA 06/06/2012
40665 39918

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587297 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360522/19

Vítima: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

CPF: 097.707.954-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2019

Titular do CPF: EDINALDO GUIMARAES DUTRA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDINALDO GUIMARAES DUTRA : 097.707.954-61

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: 16/10/2019
Nome: EDINALDO GUIMARAES DUTRA
CPF: 097.707.954-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDINALDO GUIMARAES DUTRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA