

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180246328**

Vitima: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Data do Acidente: **29/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246328**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12899747



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Sinistro: 3180246328
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180246328** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12983772

A/C: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180246328
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000000634-3**

Conta: **000010016646-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

056.231.454-77

Nome completo da vítima

ELVANIA MATIAS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ELVANIA MATIAS DA SILVA	056.231.454-77	DO BAR
Endereço	Número	Complemento
R. AFONSO VENTURA	246	CASA
Bairro	Cidade	Estado
OURO BRANCO	PIANÇO	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58.765-000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0634

D/V

3

CONTA

NRO. 76.646

D/V

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PIANÇO-PB 13 de MARÇO de 18

Local e Data

Elvânia Matias da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



28 MAIO 2018



Atendimento

Data: 12/03/2018

Hora: 10:45

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 222/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data do fato: **29/12/2017 - RUA AFONSO VENTURA NESTA CIDADE** hora: **18H30**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.**

Notificante: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: PIANCÓ-PB, nascido em
09/10/1984, documento: RG nº 2980370-SSP-PB, CPF 056.231.454-77,
filho de MANOEL MARCULINO e de LUCIA MATIAS DA SILVA MARCULINO,
endereço: Rua AFONSO VENTURA, 246, OURO BRANCO, PIANCÓ-PB,
referência: .

Vítima: **A NOTIFICANTE**, alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em
/ / , cor/raça: ***, Estado Civil: ***,
Profissão: , Escolaridade: **, documento: ,
filiação: e de , endereço: **, referência:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local acima informados, a vítima foi atropelada pela motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, PLACA MOQ 1719/PB, ANO 2005/2006, CHASSI 9C2KC08506R804356, COR AZUL, licenciada em nome de Justino Evangelista Sobrinho, quando a vítima cruzava a rua de um lado para o outro; Que a vítima foi socorrida pelo SAMU, e transferida para o Hospital Regional da Cidade de Patos-PB, ficando internada até o dia 03/01/2018, ocasião em que foi transferida para o Hospital São Francisco para realização de cirurgia, uma vez que no Regional não tinha vaga; Que realizou cirurgia no Hospital São Francisco, recebendo alta médica no dia 04/01/2018; Que registra a ocorrência e solicita Certidão. Nada mais a consignar.

Elvania Matias da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Alves Bento
Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima ELVANIA MATIAS DA SILVA	CPF da Vítima 056.231.454-77	Data do Acidente 29/12/17
---	--	-------------------------------------

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.

PIAUÍ-PB 13 de **MARÇO** de 18
Local e Data

Elvânia Matias da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Atenção a UAs!

FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

S = Alerte

Data <i>29.12.17</i>	ID Ocorrência <i>073</i>	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe <i>02</i>	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base Hs <i>18:30</i>	Hora de Chegada no Local Hs <i>18:33</i>
-------------------------	-----------------------------	--	--------------------------	--	--	---

Solicitante:

Paciente / Usuário <i>Olivia Matias da Silva</i>	Idade <i>33</i>	Sexo: <i>Fem.</i>	Telefone
---	--------------------	----------------------	----------

Local da Ocorrência <i>R: Monsu Ventura</i>	Bairro <i>Quero Branco</i>	Médico Regulador <i>Dr. Jairo</i>
--	-------------------------------	--------------------------------------

Quantidade de Vítima(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de Três:

Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:

QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:

DESTINO DO PACIENTE: ☐ At. no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Atendimento

HRP de Patos

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

Natureza da ocorrência

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ PEDIÁTRICO ☒ TRAUMA

☒ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: *HRP de Piancó*

Responsável: *Dr. Andrei*

Hospital de Destino: *HRP de Patos*

Responsável: *Dr. Felipe*

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

☐ Acidente automobilístico:

☐ Acidente motociclístico

☒ Atropelamento por: *Moto*

☐ Colisão carro x moto

☐ Capotamento

☐ Outro:

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Afogamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ Soterramento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsão

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

Quais?

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

1 - DADOS VITAIS

P.A.: *120 X 80* FC: *93* FR: TEMP: HGT: SpO2 - SI02: *99* SpO2 CIO2:

EXAME CLÍNICO (SISTOMAS, QUEIXAS) / ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente do sexo feminino, consciente, orientada, vítima de atropelamento por moto. Sol. reguladora foi realizada satisfatoriamente, a mesma com queixa de dor no H.E. girando-se de dor no mesmo. Foi administrado medicamento em conformidade ao HRP, em seguida, transferida para HRP de Patos.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: *Ansiedade relacionada ao trauma evidenciado por sint. verb.*

Intervenções: *Administração de medicamentos conforme prescrição para alívio da dor.*

Evolução do Enfermeiro:

Paciente do sexo feminino, consciente, orientada, vítima de atropelamento por moto, realizada imobilização da paciente, H.E. de 1m H.E. 17h, imobilização do membro mediano direita segund. RH, encaminhada ao HRP de Piancó. Após RH foi verificada fratura do membro inferior esquerdo, a mesma foi encaminhada ao HRP de Patos. — 24.3.18

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Dr. SKL
Dr. Depersono

28 MAIO 2018

Assinatura do Médico Regulador



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 073 Data: 29/12/17 Hora: 19h
Nome da Vítima: Colmano Matos de Silva Idade: 33
Evento: ☒ Traumática () Clínico () Pediátrico () Gineco-Obstétrico
() Psiquiátrico () Cirúrgico Outros: _____

Procedência: _____
Solicitante: André Jung
Destino: _____
Contato: ARP

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente:

Receber o paciente de forma adequada com
dores, idêntica e deformidade em joelho e
RX Fratura tíbia e fíbula

Procedimentos realizados no hospital:

RX

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Diferença 3 g + ATEV

Médico: _____

Assinatura e Carimbo

CRM: _____

28 MAIO 2018

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVANIA MATIAS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010016646-6

Nr. da Autenticação 3BC3C7DBA832F4D8

MANUEL MARCULINO
RUA ANTONIO BRASILINO, S/N - CENTRO
PILANCO / PB CEP: 58765000 (AG. 144)

Emissão: 30/10/2017 Referência: Out / 2017

Criado/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B 230, kV 25 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
Rotômetro: 17 - 144 - 120 - 6780 Nº medidor: 0000456673

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 06.183/0001-43 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 011.202.403
Cód. para Dib. Automático: 00004968033

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

Conta refe. ente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2017	30/10/2017	29/11/2017	9441336491 Ins. Est.
UC (Unidade Consumidora):			5/456885-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -
CADASTRO BIOMÉTRICO -
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA.
O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO
AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL
MAS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
29/09/17	17955	30/10/17	18116	1	461	32	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alq. Consumo(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)	Valor(R\$)
			Todas Totais (R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pto/Cálculo(R\$)	(1,0089%) (4,7603%)
0601	Consumo em kWh	481,000	0,738260	359,42	359,42	27	91,66 339,42 3,52 16,24
0601	Adic. B Amarela			0,83	0,83	27	0,22 0,83 0,01 0,04
0601	Adic. B Vermelha			22,35	22,35	27	6,09 22,35 0,23 1,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			21,76	0,00	3	0,00 0,00 0,00 0,00
TOTAL				381,36	381,36	37,90	382,00 3,78 17,35

CCI: Código de Classificação do Item

Média últimos meses (kWh)

302

VENCIMENTO

26/11/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 384,36

Histórico de Consumo (kWh)

279 | 315 | 350 | 325 | 278 | 303 | 344 | 316 | 296 | 290 | 321 | 298
Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16

RESERVAÇÃO AO RVOO

35af.9f0a.cdf9.549a.4756.3ae8.5bdc.7dc3.

Indicadores de Qualidade

8/2017 - Planos

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	8,67	5,21	NOMINAL 220
DIG. TRIMESTRAL	13,34		
DIG. ANUAL	27,48		
PIC. MENSAL	2,73	3,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
PIC. TRIMESTRAL	7,47		
PIC. ANUAL	14,95		
CRIC	3,97	2,43	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa/PB	87,06	22,65
Limpeza de Energia	119,04	30,97
Serviço de Transmissão	13,37	3,48
Encargos Setoriais	24,12	6,28
Impostos, Deletos e Encargos	140,77	36,63
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	384,36	100,00

Valor do EUSO (Ret. 8/2017) R\$ 73,69

ATENÇÃO

Leitura confirmada

Faturas em atraso

28 MAIO 2018



00408609



CTC RECIFE PE PL7
 EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO
 R JOSE AMERICO SN
 CENTRO
 58765-000 PIANCO PB

DATA DE VENCIMENTO: 21/03/18 - DATA DE POSTAGEM: 12/03/18



7216210573187810000005683930120318

Atendimento Claro - Ligue 1052.
 Auto-Atendimento - Ligue *1052#
 Na Web - claro.com.br
 Visite o site: minhaclaro.com.br
 para consultar o detalhamento da sua fatura.
 Se preferir receber mensalmente a sua fatura
 detalhada solicite através do 1052.
 Atendimento ao deficiente auditivo e
 da fala - Ligue 0800 036 2323

ClaroClube

Saldo de pontos em 01/03/18
 Pontos resgatados em 01/18

367
 0

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
33 99129 6366	de 04/02/2018 a 03/03/2018	21/03/2018	R\$ 27,39

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		R\$	39,99
Oferta Conjunta Claro MIX			
Aplicativos Digitais			
Assinatura Controle (135)			
Descontos		R\$	-12,00
Total do Mês		R\$	27,99
Créditos Anteriores		R\$	-0,60
Total a Pagar		R\$	27,39

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Mensagens Importantes

A oferta conjunta Claro MIX é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais providos por terceiros.

28 MAIO 2018

~ ~ ~ Prezado Cliente,
 Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



que sua conta nos bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos
 riques) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

a uso do banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
WERTON RAFAEL ANGELO B	167014440	04/02/18 a 03/03/18	R\$ 27,39	21/03/18
	Claro NE DDD 81 a 89			

84800000000-6 | 27390221201-8 | 80321167014-1 | 44003718122-4



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar
 esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

00408609

Pag. 1 / 2

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/biblioteca/web/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 EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.064.274/67, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELVANIA MATIAS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.231.454/77, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ELVANIA MATIAS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.231.454/77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA-SE Renda: RECUSA-SE e apresento os documentos comprobatórios: CNH E COMP. RESIDÊNCIA

☒ 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 JOSÉ AMÉRICO</u>		Número <u>SIN</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>PIANÓ</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.765-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

PIANÓ, PB. 15 de MARÇO de 18
Local e Data

Ewerton Raphael Angelo Bento
Assinatura do Declarante

28 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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

Prontuario: 105309
Ocorrência: URGENCIA

Data/Hora 29/12/2017 20:56:24

Servidor do Dr.:

Paciente ELVANIA MATIAS DA SILVA

Idade: 33 Sexo F

Filiação

Pai: MANOEL MARCULINO
Mãe: LUCIA MATIAS DA SILVA MARCULINO

Endereço

Cidade: PIANCO - PB - 58765-000 - 2511301
Endereço: AFONSO VENTURA
Bairro: CENTRO
Naturalidade: PIANCO - PB
Fone: (83)99151-8259

N.: 244

Documentos

CNS: 702-1077-8022-3396
Identidade: 2980370 SSPB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 9/10/1984
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: TECNICO EM ENFERMAGEM

Responsável:

Elvânia Matias da Silva

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

trauma joelho E

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

*Dei
Edema
Deformidade* | *joelho E*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Rx
TC*

Diagnóstico:

trauma grave do joelho E

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: KATIA

28 MAIO 2018



Hospital São Francisco

Se Precisar Estaremos Aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | 58.700-450 | PATOS - PB
TELEFONE: (83) 3421-3454 | e-mail: contato@hsaofrancisco.com

BOLETIM DE
ADMISSÃO

Nº _____

Nome: 49142 - Elvania Matias da Silva Data de Nascimento: 09/10/1984 Idade: 33 anos Sexo: F

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Origem: 33 anos

Responsável: _____ Categoria: _____

Endereço: Rua Afonso Ventura, - - Ouro Branco - Piancó - PB - PARTICULAR

Data e hora de admissão: 03/01/2018 Hs. 19:13 - Alta 04 / 01 / 2018 Hs. 10:50

Internamentos anteriores neste Hospital: _____

Internamentos em outros Hospitais: Dr. Ivanis

Médico assistente Dr. _____

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

MOTIVO DA ALTA

Indisciplina () Transferido ()
Curado (X) A Pedido ()
Melhor () Falecido ()

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:

Primária: *Prostite*
Secundária: _____

Observações: _____

CID: _____

ANAMNESE:

*Dor + dispnéia + infecção
focal no membro inferior esquerdo*

EXAME OBJETIVO:

AP: _____ X _____ Tempo _____ Pulso _____

Recepcionista: Leandro Figueredo Pinto - 03/01/2018 - 19:13.

CLÍNICA:

Obstétrica () Cirúrgica () Médica () Pediátrica ()

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)

28 MAIO 2018

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO 03.01.2018

Nome: Elvânia Matos Idade: 83a
Pavilhão: I andar Leito: 101
Procedência: Bloco Cirúrgico

2. FUNÇÃO NEUROLÓGICA

☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Confuso

☐ Agitado ☐ Outros: _____

Força motora: ☒ Preservada ☐ Prejudicada

OBS: _____

Sensibilidade: preservada

3. CABEÇA E PESCOÇO

3.1 Couro cabeludo: ☒ Sem alteração

☐ Alopecia ☐ Cicatriz ☐ Lesão

3.2 Mucosa: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada

☒ Hidratada ☐ Desidratada

OBS: _____

4. SISTEMA TEGUMENTAR: Pele

☒ Hidratada ☐ Desidratada

☒ Normocorada ☐ Hipocorada

☒ Anictérica ☐ Ictérica

☒ Acianótica ☐ Cianótica

☒ Afebril ☐ Febril

Turgor e elasticidade: preservada

☒ Pele íntegra ☐ Presença de Escara

OBS: _____

5. FUNÇÃO CARDIOVASCULAR

FC: _____ Bpm. Ritmo: ☐ Regular ☐ Irregular

PA: 130 x 80 mmHg.

Pulso periférico: _____

OBS: _____

6. FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

6.1 Características da respiração:

FR: 16 irpm.

☒ Eupnéia ☐ Taquipnéia

☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia

☒ Espontânea ☐ Cheyne Stokes

☐ Apnéia ☐ Ortopnéia

6.2 Suporte ventilatório

☐ Respiração espontânea

☐ Cateter de O₂

☐ Traqueostomia

☐ Nebulização

6.3 Ausculta pulmonar

☐ Sem R.A. ☐ MV diminuído

☐ Roncos ☐ MV audível

☐ Sibilos ☐ Est. Bolhosos

☐ Est. Crepitantes

6.4 Tosse: ☐ Sim ☒ Não

Se sim, caracterizar: _____

7. FUNÇÃO GASTROINTESTINAL

Abdome:

☒ Plano ☐ Timpânico ☐ Dolorido

☐ Distendido ☐ RHA + ☐ Ascítico

☒ Flácido ☐ RHA -

Glicemia capilar: _____

8. FUNÇÃO RENAL

Diurese: ☐ Espontânea

☐ Cistostomia

☒ SVD

Aspecto: sem alteração

Outros: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIURNO

Enfermeiro - COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NOTURNO

21:50h - Paciente em P.O. e por
trata-se em MZE com CCA.
SVD com bom débito urinário,
já com alta renúncia. Sem
queixas. Segue aos cuidados
de enfermagem.


Enfermeiro - COREN



Hospital São Francisco

Se precisar estamos aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | PATOS - PB

Cep: 58.700-450 | TELEFONE: (83) 3421.3454

e-mail: contato@hsaofrancisco.com

www.hsaofrancisco.com

FICHA DE CONSUMO CENTRO CIRÚRGICO

QUANT.	DESCARTÁVEIS
03	Aguilha w/ Raque Spinal ☒ 25g ☐ 27g
	Aguilha Periferal Nº
	Aguilhas ☐ 13x4,5 ☐ 25x7 ☐ 40x12 ☐ 40x16
1000	Agulhão Hidrólio (gramas)
06	Agulhão Ortopédico (gramas)
	Atadura de Crepon Nº
	Atadura Gessada Nº
03	Bolsa Coleira de Urina Sist. Fechado
	Cateter Jelco ☐ 14 ☐ 16 ☒ 20 ☐ 22 ☐ 24
	Cateter Nasal de Oxigênio
	Clamp Umbilical
	Dreno Parrose Nº
	Dreno Sução Nº
	Dreno Torax Nº
05	Duplicador de acesso venoso (2 vias)
	Eletrodos descartáveis
01	Equipo macrocitos ☐ c/n. ☐ s/n
	Equipo microcitos ☐ c/n. ☐ s/n
	Equipo para infusão sanguínea
04	Escalpe ☐ 19 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24
300	Escova com PVP
	Esparadrapo (cm)
08	Esparadrapo micropore (cm)
	Gaze estéril (pacote)
	Gaze não estéril (pacote)

QUANT.	DESCARTÁVEIS
08	Lâmina de Bisturi ☐ 11 ☐ 15 ☒ 24
115	Luvas estéril Nº
04	Luvas não estéril Nº
06	Máscara descartável
04	Pró-pé descartável
	Pulseira RN
	Seringa 1ml
01	Seringa 3ml
02	Seringa 5ml
02	Seringa 10ml
	Seringa 20ml
	Sonda de Foley Nº
	Sonda Nasogástrica ☐ Longa ☐ Curta
	Sonda Uretral Nº
	Touca Turbante Sanfonada
	Tubo Endotraqueal Nº

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Cat Gut Cromado 0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Cromado 1,0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Cromado 2,0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Cromado 3,0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Simples 0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Simples 1 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Simples 2 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Simples 3 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Simples 4 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Cat Gut Simples 5 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Monocryl Nº
	Monocryl 1
01	Monocryl 2
	Monocryl 3
	Monocryl 4
	Monocryl 5
	Monocryl 6
	Polycot 0 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Polycot 1 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Polycot 2 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Polycot 3 ☐ c/ag ☐ s/ag
	Prolene 0
	Prolene 2
	Prolene 3
01	Vicryl Nº 1

NOME: Elvânia Nátia da Silva ADMISSÃO: 13/01/18
SEXO: tem IDADE: 33 an ENFAPTO: 18
INTERVENÇÃO: fractura de fêmur Tibial CONVÊNIO: Fantasma
CIRURGIÃO: Dr. Juvane CRM:
PRIMEIRO AUXILIAR: CRM:
PEDIATRA: CRM:
ANESTESISTA: Dr. Fene CRM:
DATA DA INTERVENÇÃO: 13/01/18 HORA: 20:00 TIPO DE ANESTESIA: Ruque

Hospital São Francisco		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>ELVANIA PATRÍCIA DA SILVA</i>		IDADE <i>33</i> SEXO <i>F</i> COR <i>B</i>
DATA <i>13/04/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL PULSO <i>130/80</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA
	URINA			URÉIA
AP. RESPIRATÓRIO		ASMA		BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL	ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSOES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>PARADA PLATO TUBAL (C)</i>		ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIA ANTERIORES				
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	LÍQUIDO		INDUÇÃO	
			SATISF. _____ EXCIT. _____ TOSSE _____	
			LARINGO ESPASMO _____ LENTA _____	
			NÁUSEAS _____ VÔMITOS _____	
			OUTROS _____	
CÓDIGO	RESPIRAÇÃO		MANUTENÇÃO	
P.V. ARTERIAL: PULSO - RESPIRAÇÃO			ANESTESIA SATISF. SIM _____ NÃO _____	
V.Z. - ANESTESIA: OPERAÇÃO			NÃO, POR QUE? _____	
			DESPERTAR	
			REFLEXOS NA SO _____	
			OBSTR. _____ CO2 _____ EXCIT. _____	
			NÁUSEAS _____ VÔMITOS _____	
			OUTROS _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES			COM CÂNULA	
PARA O LEITO SIM _____ NÃO _____			CONDIÇÕES _____	
POSICÃO			CÂNULA	
AGENTES				
TECNICA				
OPERAÇÃO				
CIRURGIÕES				
ANESTESISTAS				
OBSERVAÇÕES				
ANOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS				

28 MAIO 2018



Hospital São Francisco

Ficha Consumo Materiais Descartáveis

PACIENTE: Rhania Maria da Silva APT.: 101
 PRONT.: _____ DATA: 03 / 01 / 18 CONVÊNIO: Part

MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE
Aguilha x		curva de face	01
Atadura de Crepom x		limpador	
Cateter Nasal para Oxigênio		10 x 15 cm N° 6.5	01
Duplicador de acesso		PTI	01
Equipo macro c/ injetor		10 x 15 cm N° 12	01
Equipo macrogotas		10 x 15 cm	37
Equipo micro c/ injetor			
Equipo microgotas			
Equipo para transfusão			
Escalpe N°			
Gaze (pacote)			
Gaze Esteril (pacote)	01		
Jelco N°			
Lanceta Picadora			
Seringa 1ml			
Seringa 10ml	01		
Seringa 20ml			
ringa 3ml			
Seringa 5ml			
Seringa 60ml			
Sonda de Foley N°			
Sonda Enteral			
Sonda Nasogástrica N°			
Teste Strip			
Torneira 3 vias			

Técnica (a) em Enfermagem
 Assinatura e Carimbo

Enfermeira (a)
 Assinatura e Carimbo

28 MAIO 2018



DR. ANTÔNIO IVANES DE LACERDA

Fraturas - Correção de Deformidades da Criança e do Adulto
Tratamento da Escoliose - Doenças da Coluna Vertebral
Doenças Ósseas em Geral e Fisioterapia

TEOT - Título de Especialização em Ortopedia e Traumatologia - Nº 01213

Residência Médica em
Traumato-Ortopedia no
Hospital dos Servidores do
Estado do Rio de Janeiro

★
Pós-Graduação em
Medicina Física e
Reabilitação na PUC do
Rio de Janeiro

★
Membro Titular da
Sociedade Latino
Americana de Ortopedia
e Traumatologia

★
Membro Titular
Concursado da Sociedade
Brasileira de Ortopedia
e Traumatologia

★
Membro da Sociedade
Brasileira de Medicina
Física e Reabilitação

★
Sócio Fundador do Centro
Brasileiro de Estudos da
Coluna Vertebral

★
Membro Titular da
Sociedade Brasileira de
Ortopedia Pediátrica

ELVANIA MATIAS DA SILVA

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, ELVANIA MATIAS DA SILVA, É
PORTADOR(A) DE FRATURA DE JOELHO ESQUERDO, QUE FOI TRATADO COM
CIRURGIA, UTILIZANDO PLACA E PARAFUSOS.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.
RECOMENDO FICAR DE REPOUSO E AFASTADO(A), POR NOVENTA DIAS,
DE TODAS ATIVIDADES QUE DEMANDEM ESFORÇO FÍSICO.
ENCAMINHO À PERÍCIA DO INSS.

CID:10 S82.1

AUTORIZAÇÃO:

Eu, ELVANIA MATIAS DA SILVA, autorizo o(a) Dr.(a) Antonio Ivanês de Lacerda
a registrar o diagnóstico codificado CID- 10 ou por extenso neste atestado médico.

Elvania Matias da Silva

Assinatura do (a) paciente ou responsável legal

Patos, 27 de Abril de 2018

Dr. Antonio Ivanês de Lacerda
Dr. ANTONIO IVANES DE LACERDA
CRM 3038 PB

QUEM VALORIZA O MÉDICO, VALORIZA A VIDA

RETORNO DIA ____ / ____ / ____ ÀS ____ H

AV. PEDRO FIRMINO, 244 - TELS.: (83) 98770.6843 / 99912-6390
58.700-071 - PATOS - PARAÍBA
e-mail: ivaneslacerda@bol.com.br

28 MAIO 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1095946767	
Nome: EMERTON RAFAEL ANGELO BENTO	
DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR: 2899193 SSP PB	CPF: 059.064.214-67
DATA NASCIMENTO: 25/09/1984	
Função: FRANCISCO ALVES BENTO	
SOLANGE MARIA ANGELO BUNES ALVES	
PERMISSÃO: AB	DATA: 18/03/2014
Nº REGISTRO: 09022013070	VALIDADE: 07/12/2018
CERTIFICAÇÃO EXERCE ATIV. REMUNERADA: <i>Emerton Raphael Angelo Bento</i>	
LOCAL: JORO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO: 14/05/2013
00308718340 28020689074	
DETRAN - PB (PARNAMIRIM)	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1095946767	

28 MAIO 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO
1 00866438034 00/00000000 2016

JUSTIÇA - REGISTRO DE VEÍCULO

20818296838 00/119/EP

NOVA 00/119/EP

PAS/MOTOCICLETA/NOVA 00/119/EP

HONDA/CG 150 TITAN ES 2005

2 P/149 /C1 PARTIO 4200

1 PVA PARO EM 23/09/2016

V 0 00/00000000 2016

SEGURO P A G O 23/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PIANCO-PB 23/09/2016

33290 15095

PB Nº 012506833180 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SÃO DPVAT 0006 022 1204

2016 00/09/2016

000119/28

HONDA/CG 150 TITAN ES

9 902RC08506R8804356

PRÊMIO TARIFÁRIO

00/09/2016

SEGURO P A G O

23/09/2016

SEGURO LIDER - DPVAT

000119-20160922



28 MAIO 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180246328

Cidade: Piancó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Data do acidente: 29/12/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DA FLEXÃO EM 45°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM, SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/12/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 03/01/2018 COM PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 36 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA HOSPITALAR ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular do membro inferior, déficit de força muscular, limitação grave da flexo-extensão do joelho esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180246328**

Nome do(a) Examinado(a): **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Antonio Brasilino, S/N - Centro - Piancó - PB - CEP 58765-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2980370**

Data e local do acidente: [**29/12/2017**] **PINACO PB**

Data e local do exame: [**08/06/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/12/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 03/01/2018 COM PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 36 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA HOSPITALAR ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DA FLEXÃO EM 45°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM, SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45° CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando

a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180246328 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ELVANIA MATIAS DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA
Profissão: DO LAR, portador(a) do RG 2980370, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 056.231.454-77, residente no(a) RUA AFONSO VENTURA
nº 246, bairro: CORO BRANCO, município: PIANCO PB.

OUTORGADO:

Nome: EVERTON RAFAEL ANGRIO BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 2899193, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) R-JOSÉ AMÉRICO
nº 511, bairro: CENTRO, município: PIANCO PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ELVANIA MATIAS DA SILVA.

Local e Data: PIANCO-PB, 13/03/18



Elvania Matias da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Jacqueline Inácio da Cruz
Escritor

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) seguinte(s) declaração(ões):
ELVANIA MATIAS DA SILVA
Em test. da verdade. Pianco-PB 13/03/2018 09:27:37
JACQUELINE INACIO DA CRUZ - Escritor
[2018-000498] INUL:R\$ 49,48 FAFPIR:R\$ 28 FETJ:R\$ 1,70
SEL DIGITAL: AGP76274-6075
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Jacqueline Inácio da Cruz
- Escritor -

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
2º OFÍCIO
Jacqueline Inácio da Cruz
- Escritor Autorizada -
FONE: (83) 3452-2274 "EDVALDO CALDAS"

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018