



Número: **0800481-29.2020.8.15.0391**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Teixeira**

Última distribuição : **23/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERO AMANCIO DE ARAUJO (AUTOR)	JULIANO FERREIRA RODRIGUES (ADVOGADO) RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36895 952	20/11/2020 10:14	2765931_CONTESTACAO_Anexo_02



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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102912 Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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, contados 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

Carta n° 15599279



B222 01873/01874 - carta 01 - INVIA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201014125600000035214299>
Número do documento: 2011201014125600000035214299

Núm. 36895952 - Pág. 1



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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102912 Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Informamos que os pagamentos da inden

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Queda de 5m. Em uma média 50%

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: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001156-8

Conta: 000010027218-5

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Eletro BI VA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
http://pj.e-tpjp.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299
Número do documento: 2011201014125600000035214299

Num. 36805953 Pág. 2



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, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102912 Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

2021 RELEASE UNDER E.O. 14176



0050887

Carta n° 15866012



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

164553494-40

4 - Nome completo da vítima:

Cícero Amâncio de Araújo

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

5 - Nome completo:

Cícero Amâncio de Araújo

6 - CPF:

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BÁRCOS

9 - Número:

39

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VILA FELIZ

12 - Cidade:

TEIXEIRA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58735-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 1156

CONTA: 27218

(Inserir o dígito se existir):

(Inserir o dígito se existir):

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir):

(Inserir o dígito se existir):

Autorizo a Seguradora Lider 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 (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 deu nascituro (não 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 Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/11/2020

Cícero Amâncio de Araújo

Ramon Rissio Neto Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201014125600000035214299

Número do documento: 2011201014125600000035214299

Num. 36895952 - Pág. 4

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51
CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

164553494-40

4 - Nome completo da vítima:

Cícero Amâncio de Araújo

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

5 - Nome completo:

Cícero Amâncio de Araújo

6 - CPF:

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS

9 - Número:

39

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VILA FELIZ

12 - Cidade:

TEIXEIRA

13 - Estado:

ES

14 - CEP:

58735-000

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 1156

CONTA: 27218

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Legis (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

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 deu nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - 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 Lider 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

Impresso e assinado da
vítima/beneficiário
não alfabetizado

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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 11/11/2020

Cícero Amâncio de Araújo

Ramon Rissio Neto Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGÊNCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGÊNCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51
CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

ASL-0081957/20
sergio.coco
12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco
12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco
12/03/2020 16:51:16

ASL-0081957/20
sergio.coco
12/03/2020 16:51:16





Rua Cônego Serrão, Bairro Centro, Teixeira/PB, Tel.: (83) 3472-2931.

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que encontra registrada nesta delegacia a Ocorrência nº. 082/2020 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e vinte, nesta cidade de Teixeira PB, presente o Bel. JOÁIS MARQUES DE BARROS, e comigo escrivão do seu cargo ao final assinado. Ai Compareceu FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO, brasileira, nascida aos 06/09/1974, natural de Malta/PB, filha de José Silvino de Araujo e Maria de Fatima Amancio de Araujo, residente na rua Francisco da Silveira Barros, 39 – Vila Feliz – Teixeira/PB, para prestar a seguinte ocorrência; QUE a noticiante informa que no dia 27/10/2019 por volta das 00:00 horas, seu filho CÍCERO AMANCIO DE ARAUJO, de 17 anos, estava conduzindo uma moto HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2007, MODELO 2008, DE COR AMARELA, DE PLACA MOV-1217/PB, CHASSI DE Nº 9C2KD03308R014996, quando nas proximidades do Povoado de Gancho, na PB 238, sentido Desterro, quando uma outra motocicleta que trafegava em sentido contrário colidiu frontalmente; QUE o filho da noticiante caiu ao chão e fraturou as pernas; QUE o mesmo foi socorrido para o Hospital Regional de Patos. E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE:**
DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL,
referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 anos)

Teixeira/PB, 14 de fevereiro de 2020.

Noticiante: Francisca Amancio de Araujo

Janduila Guedes de França
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

164553494-40

4 - Nome completo da vítima:

Cícero Amâncio de Araújo

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

5 - Nome completo:

Cícero Amâncio de Araújo

6 - CPF:

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BÁRCOS

9 - Número:

39

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

VILA FELIZ

12 - Cidade:

TEIXEIRA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58735-000

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 1156

CONTA: 37218

(Inserir no dígito se existir)

(Inserir no dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir no dígito se existir)

(Inserir no dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

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):

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 deu nascituro (não nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/11/2020

Cícero Amâncio de Araújo

Ramon Rissio Neto Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraya Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

NASCIMENTO N° 29.385

CERTIFICO que, às fls. 87 do livro N° A-25 de Registro de Nascimento foi feito o assento de CICERO AMANCIO DE ARAUJO. ~~xxxxxxxxxxxxxx~~

nascido aos vinte (20) de maio de Dois Mil e Dois
(2002) as 11:11 horas e 40 minutos em Hospital
Sancho Leite - Teixeira-PB

gênero masculino

filho de ~~xxxxxxxxxxxxxx~~ natural de ~~xxxxxxxxxxxxxx~~ profissão ~~xxxxxxxxxxxxxx~~
e de Dona Francisca Amancio de Araujo natural de Meita-PB profissão agricultora

são avôs paternos ~~xxxxxxxxxxxxxx~~ e Dona ~~xxxxxxxxxxxxxx~~
e avôs maternos José Silvino de Araujo
e Dona Maria de Fátima Amancio de Araujo.

Foi declarante a genitora
e serviram de testemunhas as constantes do termo.

Observações: O presente foi feito em 18.06.2002, conforme Lei
em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraya Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

Teixeira-PB, 18 de Junho de 2002
Soraya Maria Teles Guedes Rocha
OFICIAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200102912 Cidade: Teixeira Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data do acidente: 27/10/2019 Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P2,3,6,7,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 11

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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01156-8

CONTA: 000010027218-5

Nr. da Autenticação 387A8938E62392CD



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201014125600000035214299>
Número do documento: 2011201014125600000035214299

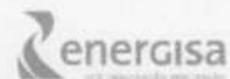
Num. 36895952 - Pág. 12

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é resgatável via de conta.

Boleto para sempre pagamento da conta. Fazendaria de energia elétrica - Nº 036.133.497



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA AMANCIOS DE ARAUJO
RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/878188-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2019

20/12/2019

92

30/12/2019

R\$ 57,47

Acesse: www.energis.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/12/2019

Pagador: FRANCISCA AMANCIOS DE ARAUJO CNPJ/CPF: 056.931.294-97

RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39 - VL FELIZ - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010028925	000878188201912	30/12/2019	R\$ 57,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 13

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - Nº 039.215.319



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.023-6

DADOS DO CLIENTE

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
RUA JOSE GERONIMO S/N 1ºANDAR
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713525-2

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

18/02/2020

CONSUMO

205

VENCIMENTO

06/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 190,02

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 12327.057175 2 81860000019002

Pagador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA CNPJ/CPF: 067.845.354-30

RUA JOSE GERONIMO S/N 1ºANDAR - CENTRO - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012327057	0017135252002	06/03/2020	R\$ 190,02	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201014125600000035214299>

Número do documento: 2011201014125600000035214299

Num. 36895952 - Pág. 14



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

Dilma Cassio Maria Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.848.354-30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cicero Amancio de Araujo
inscrito (a) no CPF sob o N° 164.553.494-40,
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro, da Vítima Cicero Amancio de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o N° 164.553.494-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reclusa Renda: Reclusa e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<i>Qua bol Geronimo</i>	Número:	<i>23</i>	Complemento:	<i>Casa</i>
Bairro:	<i>Centro</i>	Cidade:	<i>Tijuiú</i>	Estado:	<i>PB</i>
E-mail:	<i>Reclusa</i>	CEP:	<i>58735-000</i>	Tel.(DDD):	<i>(83) 9998-2737</i>

Local e Data:

Tijuiú-PB, 01 de março 2020

Dilma Cassio Maria Oliveira
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

Paciente **CÍCERO AMÂNCIO DE ARAUJO**, 17 anos, agricultor, com história de queda de moto e fratura de fêmur distal esquerdo há aproximadamente 07 meses(27/10/2019), tendo na época realizado 02 cirurgias sendo a primeira para colocação de fixador externo e a segunda e última para colocação de placa e parafusos em fêmur distal esquerdo.

Ao exame físico: Deambula com claudicação . Apresenta rigidez articular e diminuição da flexão total de joelho esquerdo em torno de 90%. Apresenta frouxidão ligamentar médio-lateral em mesmo joelho esquerdo.

No momento paciente se encontra em tratamento medicamentoso, fisioterápico e em acompanhamento ambulatorial .

Paciente portanto com sequela permanente e com dificuldades permanentes de realização de suas atividades que necessite de força motora e mobilidade de membro inferior esquerdo, necessitando de afastamento de suas atividades laborativas por tempo indeterminado para cuidados com a saúde e reabilitação funcional .

Hipótese diagnóstica:

- Lesão Ligamentar de Joelho Esquerdo CID: 583.7
- Sequela de Fratura de Fêmur Distal Esquerdo CID: T93.1
- Osteoartrose Pós Traumática CID: M19.1
- Rigidez Articular de Joelho Esquerdo CID: M25.6

Encaminho a perícia médica para avaliação.

TEIXEIRA-PB, 09/05/2020.

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7381 / CRM-PE 18836

Policlinica Climed - Rua Tenente Manoel de Oliveira Lira, 50, Centro (saída para Patos) - TEIXEIRA-PB | 83 3472.2901 / 99635.7757

Lab Vila (Ortovita) - PATOS-PB Total Saúde - JURU-PB Total Saúde (Ultramed) - TAVARES-PB Total Saúde - PRINCESA ISABEL-PB
83 99906.5028 83 99995.7142 83 99660.1551 83 3457.2662 / 99969.0581

Centro Hospitalar de Piancó-PB (Dr. William) Centro Integrado de Saúde, Ibiara-PB Centro Integrado de Saúde, Conceição-PB Espaço Silvia Fernandes Paulista
2-2261 / 9 9144-7215 Dr. José Lacerda 83 98869-1863 Dr. José Lacerda 83 99612-3216 83 9 9628-1372

Clínica Dr. Edmundo Matheus - TABIRA - PE Clínica Dr. Soares Machado - C. Clínico Junior Prata - ITAPEM - PI



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	73377	HORA	02:28	PRONTUÁRIO	38095
DATA	27/10/2019			OPERADOR	GKELLY
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	CICERO AMANCIO DE ARAUJO			IDADE	17a 5m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE SUELIO ALVES DE OLIVEIRA				
CIDADE	TEIXEIRA	PB	58735000		
DEREÇO	RUA PROJETADA				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	PATOS				
TELEFONE				CELULAR	
C.N.S.				IDENTIDADE	
C.P.F.				REG. NAC.	
NASCIMENTO	20/05/2002			COR	PARDO
EST.CIVIL	SEPARADO			PROFISSÃO	ESTUDANTE

RESPONSÁVEL FRANCISCA AMANCIO DE ARAU Ass. Resp./Paciente _____

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

Presença de dor no tórax e no abdômen com episódios de vômitos e febre.

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

Sintomas: dor abdominal intensa, febre, exantema.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO: *Infarto agudo do miocárdio*

CID: 572.9

DADOS DA SAÍDA

Data: 23/11/19

Hora: 7 H 0 Min

MOTIVO

- () Alta Curado Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Silveira Júnior
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 7417*



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente:	Eduardo Almeida		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia:	19/11/2019	Enf.:	Leito:
Cirurgião:	Dr. Moacan	1º Auxiliar:	Dr. Almeida
2º Auxiliar:	Dr. Fábio	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia:	Dr. Fábio	Tipo de Anestesia: Rock e	
Diagnóstico Pré- Operatório: Exfuso de fêmur Biotipo			
Técnica de Cirurgia:			
Diagnóstico Pós- Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista: tumor amigdaloide			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

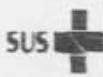
Plântio de artrose
Desenvol + n + f + c + f
Drinim GTP WER 5
Dental + fixo ossos cl plesca
Bloqueado fémur direito
Ostens + ampo.

RELATÓRIO DE CIRURGIA





SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente: <i>Edna Muniz de Amorim</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>29/09/2020</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Amorim</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: <i>Lidocaina</i>	Tipo de Anestesia: <i>Geral</i>	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>fx exp + fissa lumb</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>lombotomia + fixação lombar</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>DNR</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

*- Abordagem aberta da coluna lombar
- Descolamento epidural + arrebatamento de dura-mater
- Corte de dura-mater à 10h de 28 cm.
- Fixação de ferum
- Ressecção da pele e tecido subcutâneo
- Fixação transversa à 10h de 28 cm.
- Fixação lumbar ao nível da articulação lombar L5-S1*

RELATÓRIO DE CIRURGIA



QT.	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE:	REGISTRO:
CIRURGIA:		SUS	17 anos	38035
ANESTESIA:		Ven		
INSTRUMENTADORA:			CIRURGIÃO:	
			Dra. Jodá + Dr. M. Serafim	
			Dr. Táviv	
			DATA:	INÍCIO: FIM:
			18-07-18	15:20 hr 17:30 hr

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sdro e sangue
	TX. Capnografo	1	Sealp 5.4 0.5 /
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi n° 24
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cldex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
F	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



CARTA DE ESCLARECIMENTO

A Diretora Administrativa
Isabella Cristina Oliveira dos Santos

Venho informar por meio deste que a solicitação de compra do material OPME ortopédico, a placa bloqueada para fêmur distal direito conforme solicitada para o paciente Cicero Amâncio de Araújo não foi utilizado pois durante o ato cirúrgico o material solicitado se fez necessário para ser utilizado no decorrer do procedimento foi para a perna esquerda.

O material utilizado em Cícero Amâncio foi de outro paciente que não houve necessidade da placa bloqueada.

Sem outro particular, nos colocamos à inteira disposição para a resolução de qualquer dúvida que julgar pertinente.

*João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7477*

João Herbert Suassuna Laureano
COORDENADOR DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHRDJC





Materiais Medico Hospitalar EIRELI

PEDIDO DE VENDAS

Nº

- Caixa Frontal
- Caixa Fixa

6776

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Joaquim da Sílvia, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

E-mail: cromusltda@gmail.com

FONE: (81) 3129-2456 E-mail: cromusica@gmail.com
CNPJ 14.781.338/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

CNPJ 14.784.339/0001-30 - 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012010141256000000035214299>

Número do documento: 2011201014125600000035214299

Num. 36895952 - Pág. 25

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	73377	HORA	02:28	PRONTUÁRIO	38095
DATA	27/10/2019	MÉDICO	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS	OPERADOR	GKELLY
PACIENTE	CICERO AMANCIO DE ARAUJO			IDADE	17a 5m

RESUMO CLÍNICO:

Vitais dentro de limite

DIAGNÓSTICO:

CID-10: Fx Fratura mista ② (Complexo)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Placa e Poerfa

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Post Reg. 5/10m cura se som

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

D mobilizar os articulos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, 23 DE 11 DE 2019.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM

001



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Elio França

Da Unidade Cardiologia
Até a Cardiologia

Enfermaria 16
Leito 06

Por favor, consulte os seguintes dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo:

Data _____

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente com queixa Cardiologica
Nas últimas 06 horas de ontem sentiu
~ Ps = 120 x 80 mmHg

EcG - Normal
Risco Coronário = Baixo Risco

Klauber M. de França
Cardiologia/Geriatría
CRM 4890

30,10,19



160b

DATA...: 08/08 N°REQUIS.: 22305 EMISSÃO.: 31/10/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE...: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(“) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAU

HEMOGRAMA COMPLETO

MATERIAL:	SANGUE	TIPO:	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAMA				
HEMÁCIAS.....	: 2.85 milhões/mm ³		FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
	milhões/mm ³		MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....	: 8.2 g/dL		FEMININO	12 a 16
			MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	: 26.7 %		FEMININO	35 a 46
			MASCULINO	41 a 53
VGM.....	: 93,7 fL		NORMAL	80 a 100
HGM.....	: 28,8 pg		NORMAL	26 a 34
CHOM.....	: 30,7 g/dL		NORMAL	31 a 55
RDW.....	: 14,8 %		NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	UNIDADES	/mm ³	NORMAL	VALOR
PROMIELÓCITOS.....	: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	: 67	% 5159 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	: 01	% 0077 /mm ³	NORMAL	1 a 4
ESOFÍLIOS.....	: 01	% 0077 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	: 24	% 1848 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	: 07	% 0539 /mm ³	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 259.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

PRONT...: 38095 N° REQUIS.: 22137 EMISSÃO.: 29/10/2019
 PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
 SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
 SAN

1606

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método..:			
ERITOGGRAMA			
HEMÁCIAS.....: 2.57 milhões/mm ³		FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm ³ MASCULINO 4,5 a 5,9	
milhões/mm ³			
HEMOGLOBINA.....: 7.5 g/dL		FEMININO 12 a 16 MASCULINO 13,5 a 17,5	
HEMATÓCRITO.....: 20.1 %		FEMININO 35 a 46 MASCULINO 41 a 53	
VCM.....: 78,2 fL		NORMAL 80 a 100	
HCM.....: 29,2 pg		NORMAL 26 a 34	
CHCM.....: 37,3 g/dL		NORMAL 31 a 55	
RDW.....: 10.2 %		NORMAL 11 a 15	

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 6.200	/mm ³	NORMAL 4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS.....: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
MIELÓCITOS.....: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 0 NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....: 00	% 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 5 NORMAL 0 a 9000
SEGMENTADOS.....: 69	% 4278 /mm ³	NORMAL 35 a 65 NORMAL 1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....: 1	% 0062 /mm ³	NORMAL 1 a 4 NORMAL 35 a 600
BASÓFILOS.....: 000	% 0000 /mm ³	NORMAL 0 a 1 NORMAL 0 a 100
LINFÓCITOS.....: 23	% 1426 /mm ³	NORMAL 25 a 45 NORMAL 875 a 4500
MONÓCITOS.....: 7	% 0434 /mm ³	NORMAL 2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 139.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:
SÉRIE BRANCA.....:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santi
Biomédico
CRM: 9011

0000-0/2

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137 EMISSÃO.: 29/10/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE...: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método...: AUTOMATICO

- TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 13 seg.
T.P. Controle.....: 13 seg.
Atividade.....: 100 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1,00
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.....: 39 seg.
T.T.P.A. Controle.....: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM: 9011

1 / 1

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137 EMISSÃO.: 29/10/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

GLICOSE

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS
NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 70

mg/dL



PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22940 EMISSÃO.: 07/11/2019
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE...: 17
SETOR...: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SAN

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
-----------	--------	--------------	---------------------

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....	3.54 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
milhões/mm ³		MASCULINO	4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....	10.0 g/dL	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....	32.7 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53

VCM.....	92,4 fL	NORMAL	80 a 100
HCM.....	28,2 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	30,6 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....	15.1 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	12.000 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
-----------------	-------------------------	--------	----------------

PROMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	01 % 0120 /mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....	73 % 8760 /mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....	02 % 0240 /mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....	20 % 2400 /mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....	04 % 0480 /mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS..	601.000 mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000
-------------------------	-----------------------------	--------	-------------------

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomedico
CRM: 901

NºREQUIS.: 22853
PATIENTE: JOSÉ AMANCIO DE ARAÚJO
SETOR.: TECNICA CIRURGICA
EMISSÃO.: 07/11/2019
SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(ª) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
SILVA

HEMOGRAMA COMPLETO

METODOLOGIA	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAMA			
HÉMOCRÍTICO.....	3.01 milhões/mm ³	FEMININO MASCULINO	4 a 5,2 milhões/mm ³ 4,5 a 5,9
HÉMOSGLOBINA.....	8.6 g/dL	FEMININO MASCULINO	12 a 16 13,5 a 17,5
HÉMATOCRITO.....	27.7 %	FEMININO MASCULINO	35 a 46 41 a 53
VCV.....	92,0 fL	NORMAL	80 a 100
RCV.....	28,6 pg	NORMAL	26 a 34
CRCh.....	31,0 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.....	14,9 %	NORMAL	11 a 15
LEUCOGRAMA			
LEUCÓCITOS.....	8.900 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PRONIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
NEUTRÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	68 % 6052 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	03 % 0267 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	24 % 2136 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÔCITOS.....	05 % 0445 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTAGEM DE PLAQUETAS			
CONTAGEM DE PLAQUETAS..	580.000 mil/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Michael A. Santos
Biomedicina
2011

2011

NºREQUIS.: 22853 EMISSÃO.: 07/11/2019
PACIENTE: JOSÉ AVANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
ESPECIE: EXAMES CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

UREIA

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIA

1 DIA A 12 MESES: 2 A 34 mg/dL
1 A 13 ANOS: 8 A 36 mg/dL
NORMAIS DE 15 A 40 mg/dL

RESULTADO..... 27,00 mg/dL

CREATININA

Material.: SORO
Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

2 SEMANAS A 1 ANO : 0,1 A 0,3

1 A 13 ANOS : 0,1 A 0,8 mg/dL
NORMAIS: DE 0,4 A 1,3 mg/dL

RESULTADO..... 1,08 mg/dL

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299
Número do documento: 20112010141256000000035214299

1606

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPL TADO
ANDRÉ CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nº REQUIS.: 21911 EMISSÃO.: 27/10/2019
 PACIENTE: DIOGO RAIMUNDO DE ARAUJO SEXO: M IDADE...: 17
 SETOR...: SÉRICE VERMELHA MÉDICO.: Dr(“) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
 SERVIÇOS:

HEMOCRISTALOGRAFIA		SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA		
MICROSCÓPIA						
ERITROGRAMA				FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³	
HÉMOCRÍTICO.....	: 4.03	milhões/mm ³		MASCULINO	4,5 a 5,9	
HÉMOCRISTALOGRAFIA						
HÉMOCRISTALOGRAFIA.....	: 11.6	g/dL		FEMININO	12 a 16	
HÉMOCRISTALOGRAFIA.....	: 37,4	%		MASCULINO	13,5 a 17,5	
HÉMOCRISTALOGRAFIA.....	: 92,8	EL				
HÉMOCRISTALOGRAFIA.....	: 28,8	pg				
HÉMOCRISTALOGRAFIA.....	: 31,0	g/dL				
HÉMOCRISTALOGRAFIA.....	: 13,7	%				
LEUCOCRISTALOGRAFIA						
LEUCOCITOS.....	: 8.700	/mm ³		NORMAL	4.000 a 10.000	
PROBLELOCITOS.....	: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL 0 a 0
XIELÓCITOS.....	: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....	: 000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL 0 a 9000
SEGMENTADOS.....	: 83	% 7221	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL 1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....	: 01	% 0087	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL 35 a 600
BASÓFILOS.....	: 02	% 0174	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL 0 a 100
LINFÓCITOS.....	: 09	% 0783	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL 875 a 4500
MONÓCITOS.....	: 05	% 0435	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL 70 a 1000
CONTAGEM DE PLAQUETAS						
CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 206.000		mil/mm ³		NORMAL	150.000 a 450.000	

OBSERVAÇÃO
 SÉRICE VERMELHA.....
 SÉRICE BRANCA.....
 SÉRICE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Marlon Galdino S. B. Torres
 CRM 2 - 10.356
 Biomédico Patologista



COMPLEXO HOSPITALAR
DR. JOSÉ DEPUTADO
ANTÔNIO LAFAYETTE



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

REQUISITANTE: MIRELLA
DOCUMENTO: 23362
INTERVENIENTE: ANTONIO DE ARAUJO
FECHA: 17/07/1994

EMISSÃO.: 13/11/2019

SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

ESTRUTURA SINGULÔR

SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAVIA - milhões/mm ³	: 4.14 milhões/mm ³	FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm ³ MASCULINO 4,5 a 5,9
Hemoglobina g/dL	: 11.9 g/dL	FEMININO 12 a 16 MASCULINO 13,5 a 17,5
Hematócrito %	: 38,1 %	FEMININO 35 a 46 MASCULINO 41 a 53
Leucócitos fL	: 92,0 fL	NORMAL 80 a 100
Plaquetas pg	: 28,7 pg	NORMAL 26 a 34
Globulinas g/dL	: 31,2 g/dL	NORMAL 31 a 55
Hemoglobina fêm. %	: 15,5 %	NORMAL 11 a 15

LITOCERAMA 5.700 /mm³ NORMAL 4.000 à 10.000

.....	000	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
.....	000	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
.....	000	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
.....	000	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
.....	59	3363	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
.....	02	0114	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
.....	000	0000	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
.....	33	1881	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
.....	06	0342	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS
CONTEÚDO DE PLAQUETAS...: 572.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

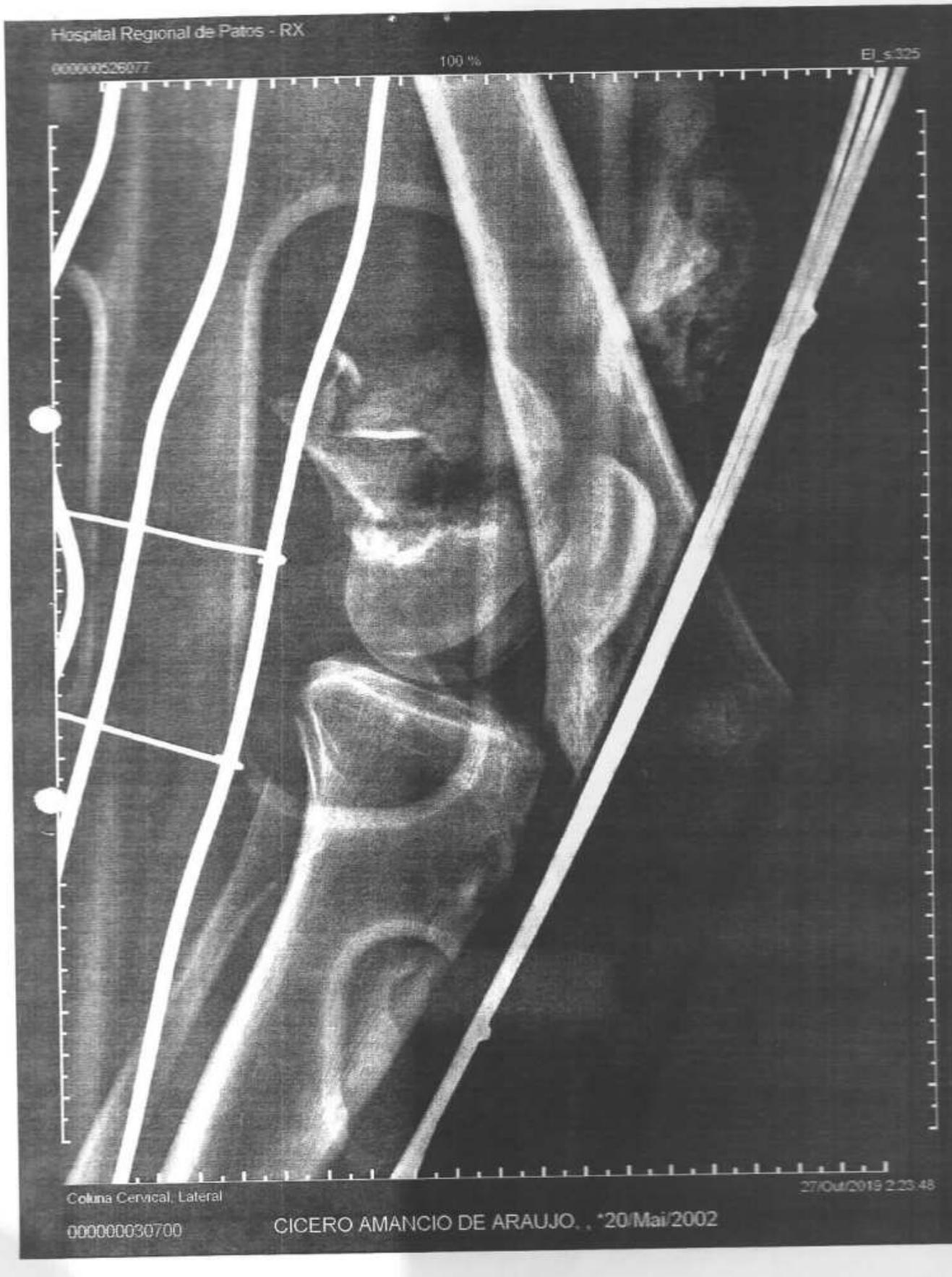
卷之三

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

1996-1997

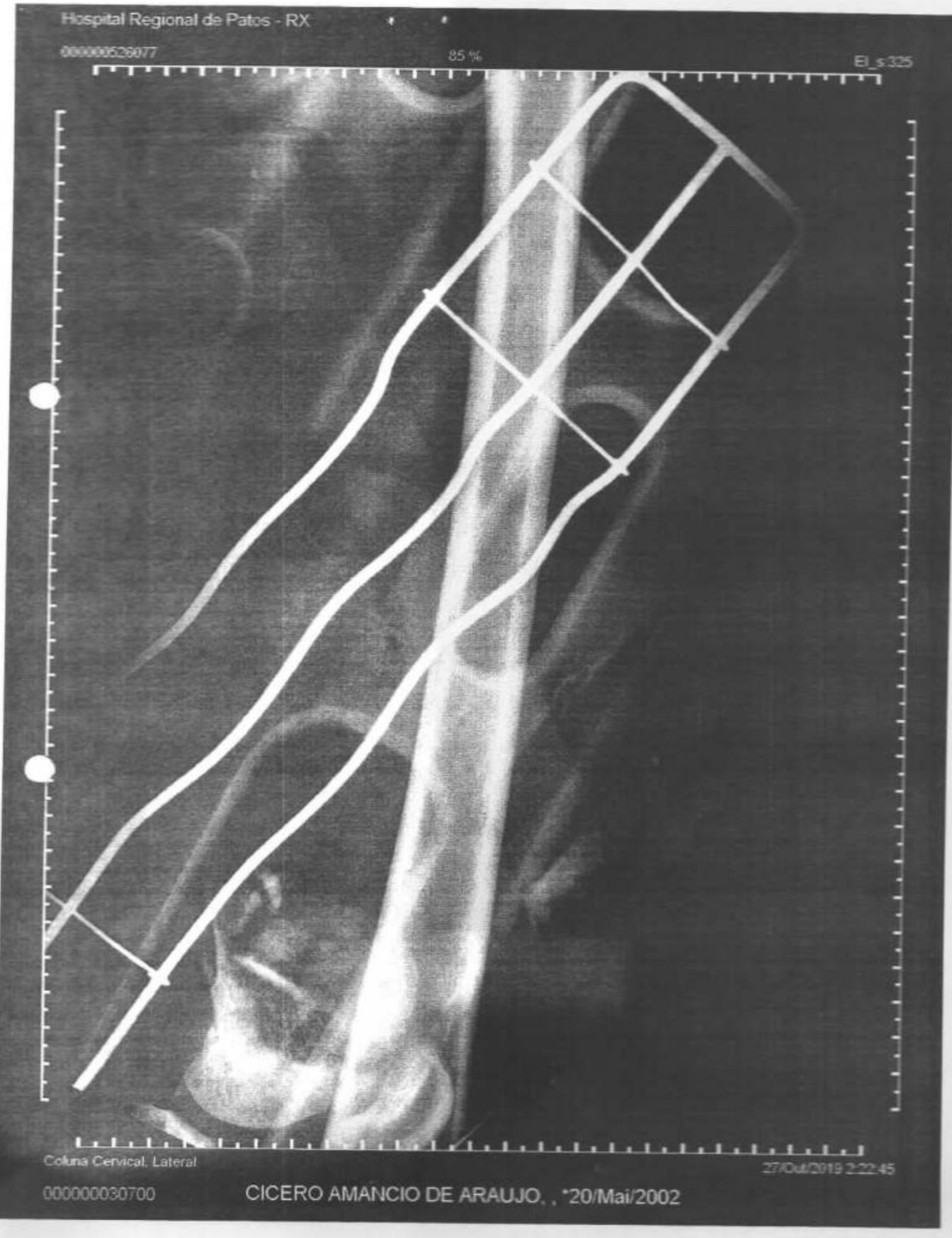
Wesley Michael A. Santos
Biomedico
CRM-9011





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 38

Hospital Regional de Patos - RX
000000528077

EI_9325

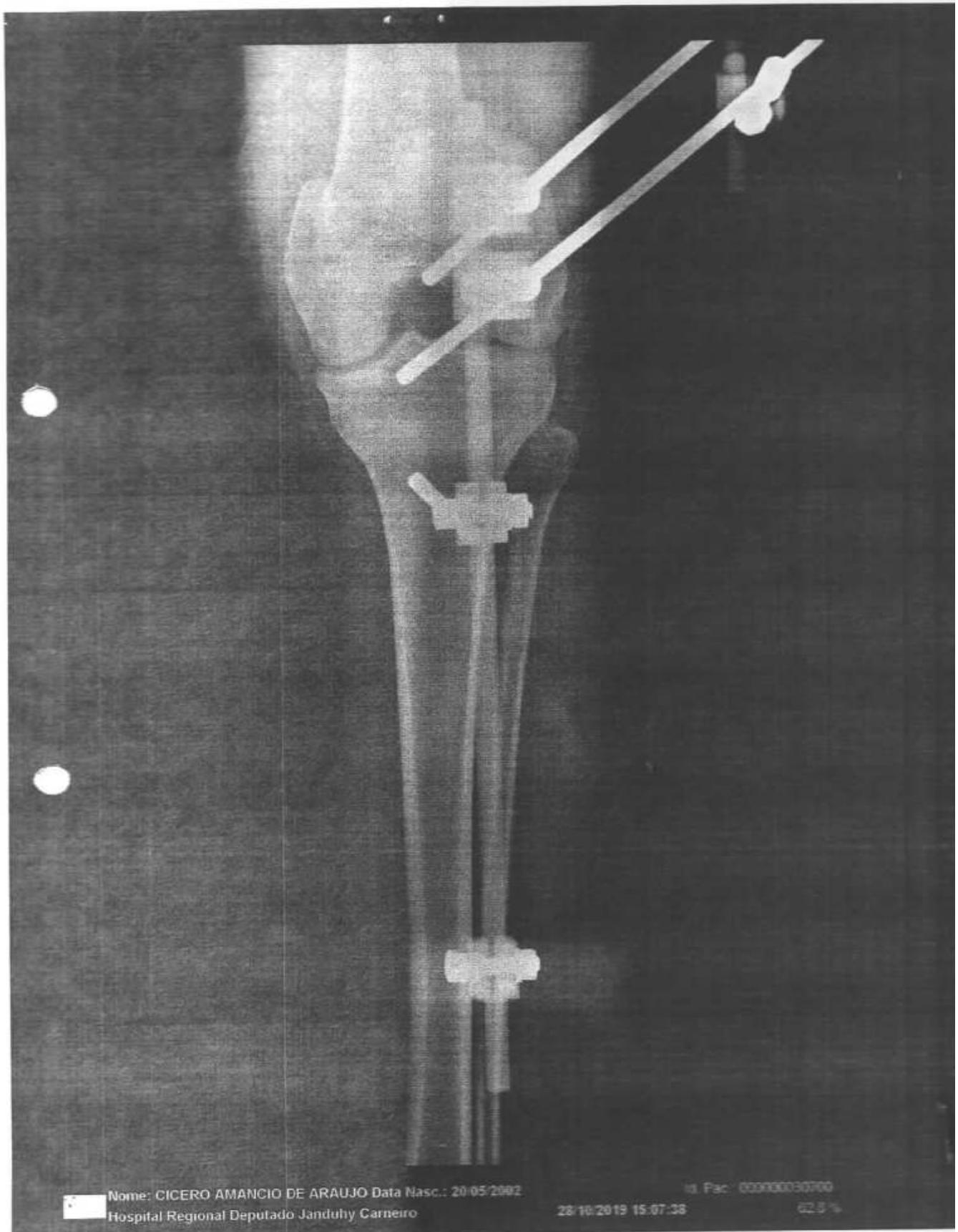


Columna Cervical, Lateral
000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, 20/Mai/2002

27/Out/2019 22:04





Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac: 000000030700
28/10/2019 15:07:38 02.5 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

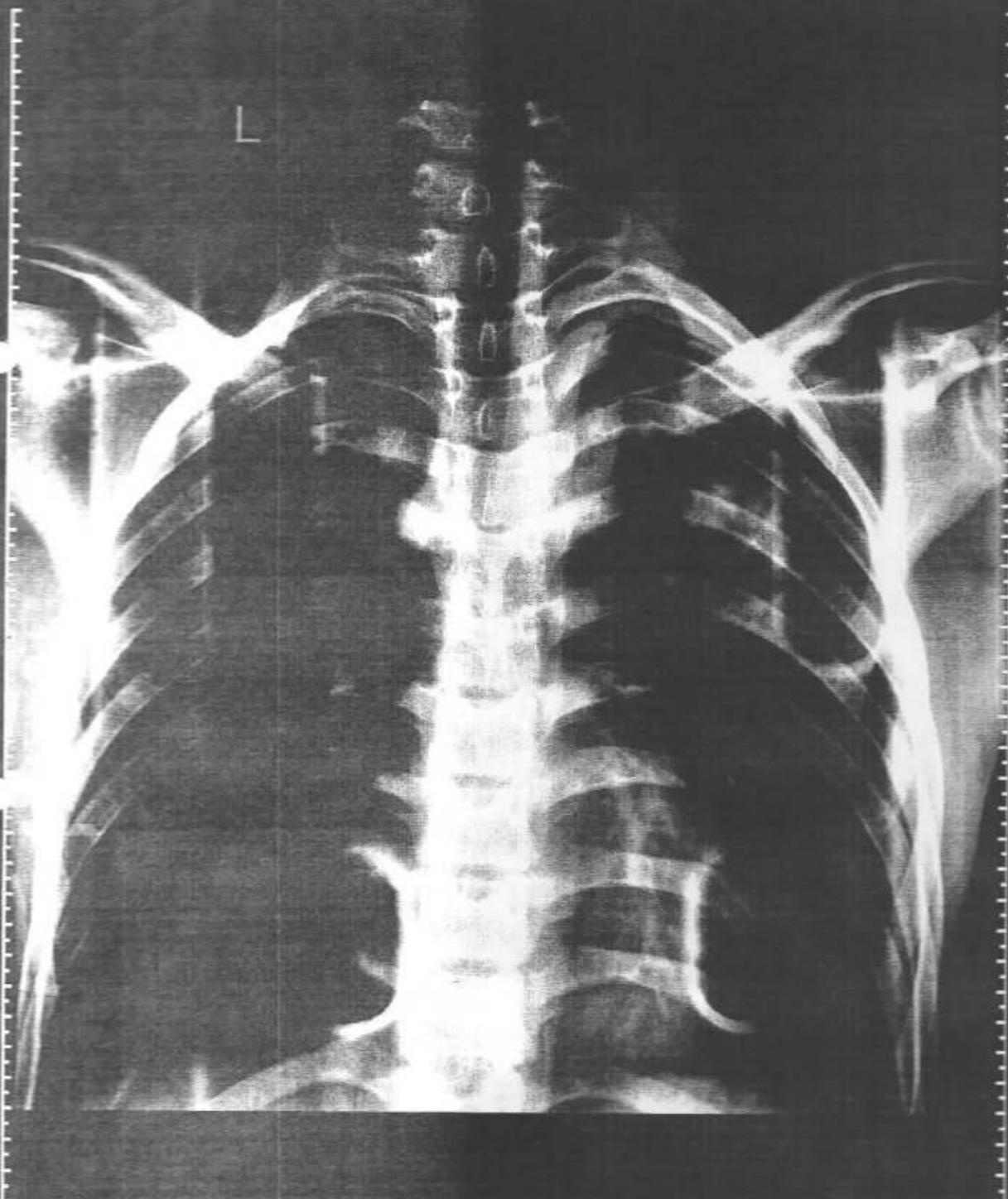
Num. 36895952 - Pág. 40

Hospital Regional de Patos - RX

000000526077

63 %

EI_s51



Coluna Cervical AP

27/Out/2019 2:19:59

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, , *20/Mai/2002

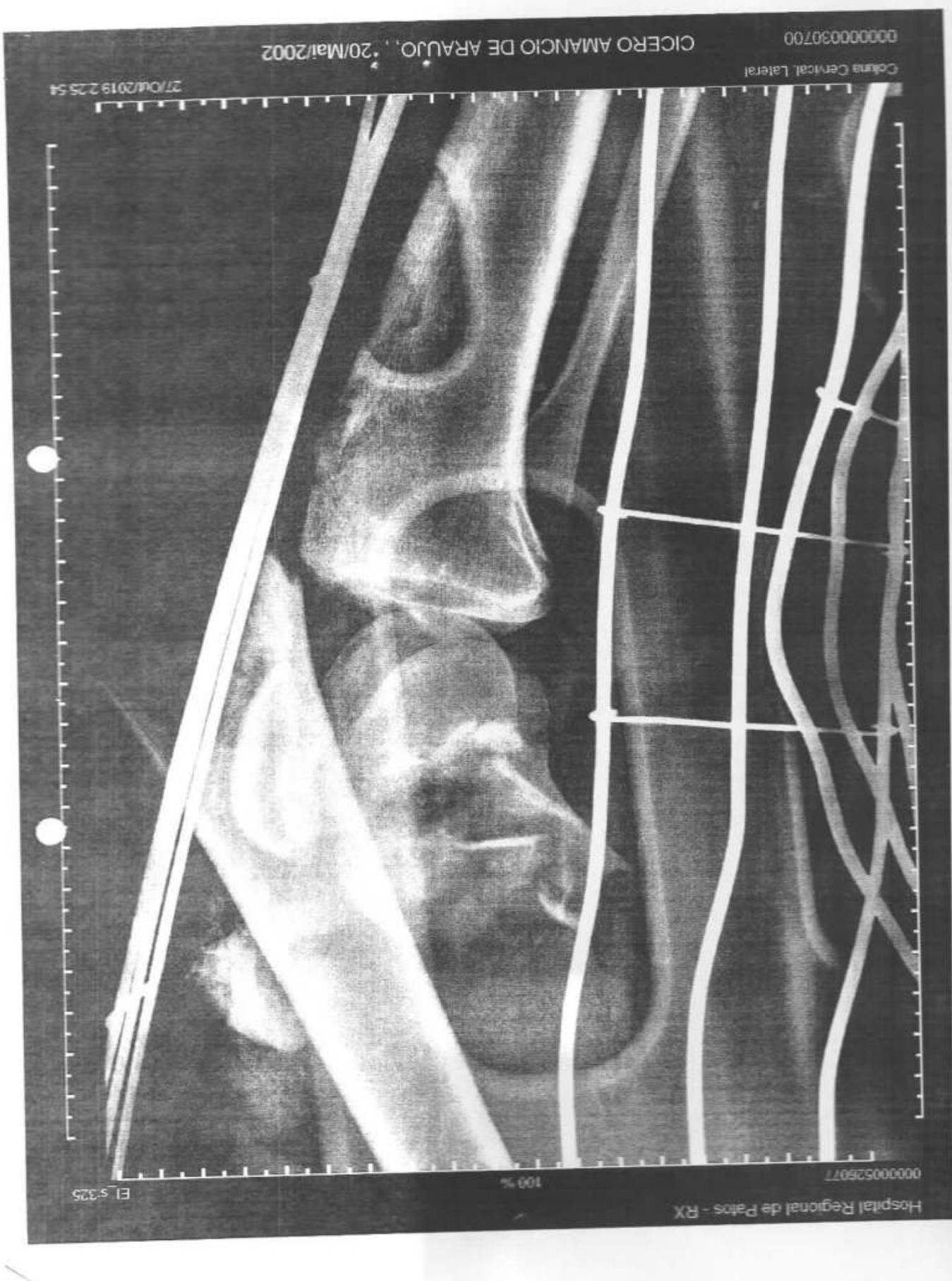


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 41



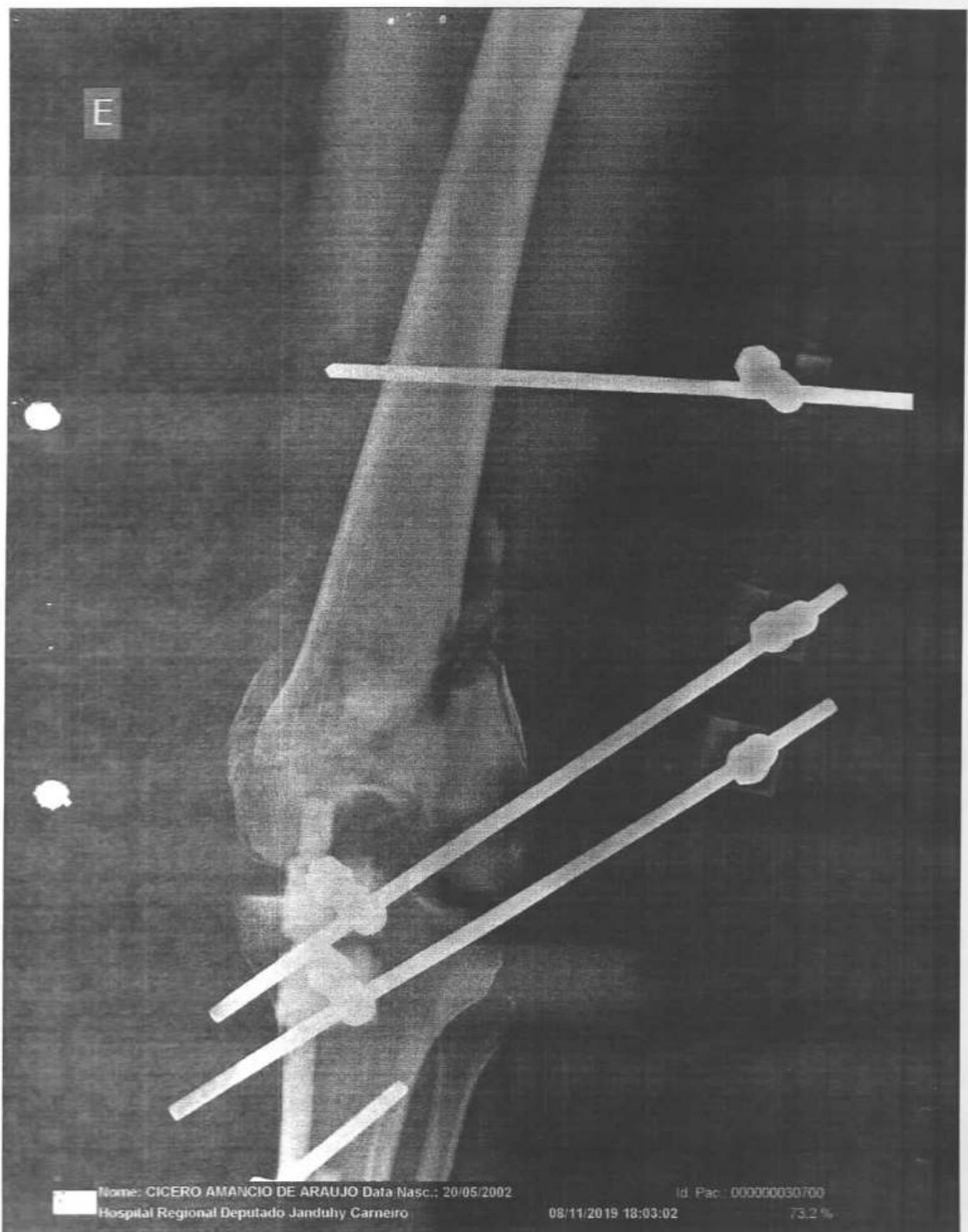
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 42



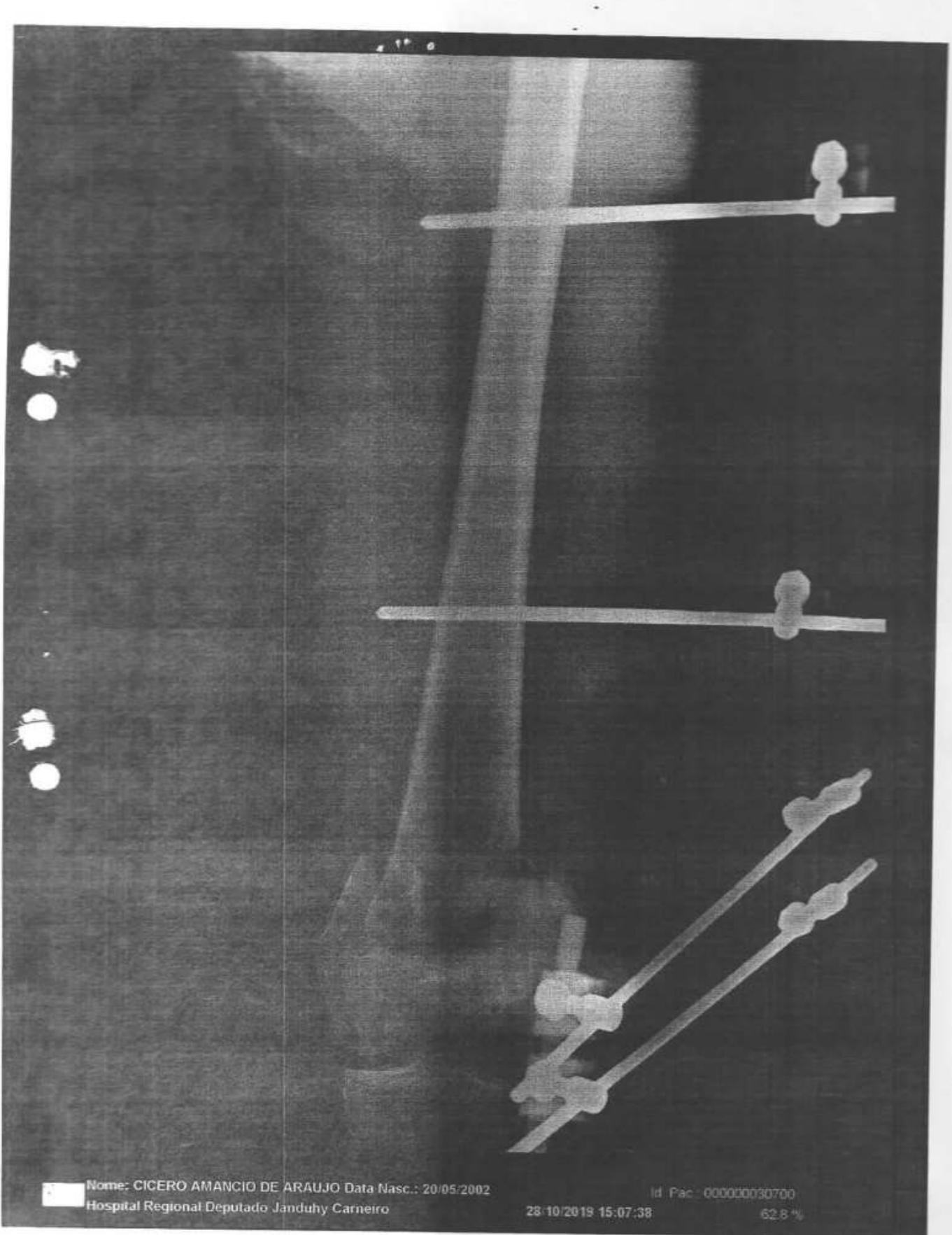
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 43



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 44



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

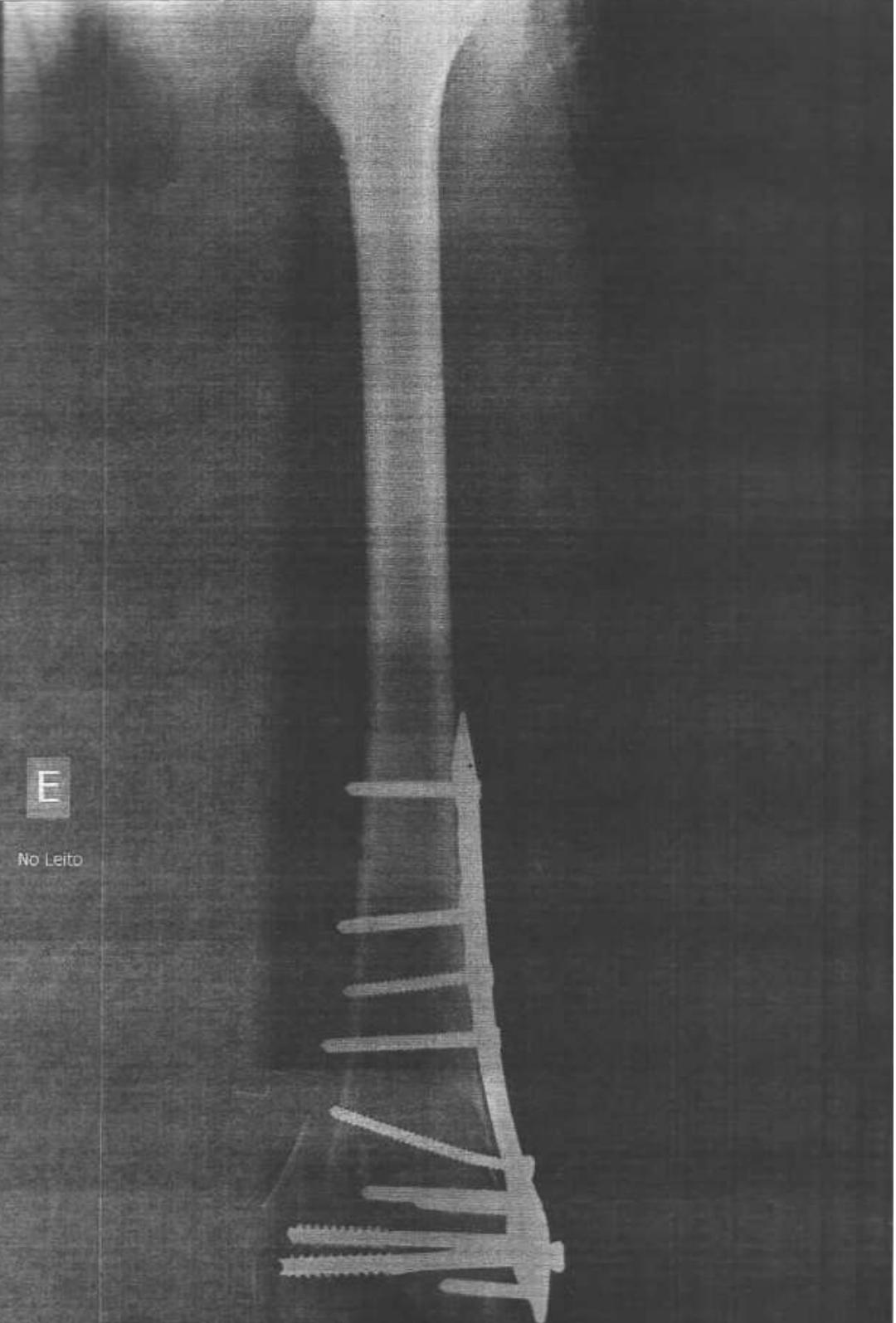
Id. Pac: 000000030700
28/10/2019 15:07:38 62.8 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 45





E

No Leito

Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac.: 000000030700
20/11/2019 16:44:44 65,7 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 47

O presente Termo de Consentimento Informed tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe profissional e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandu Carneiro.

Nome do Paciente: Cícero Pinheiro da Silva

RG:

Nome do Médico:

CRM:

Procedimento Cirúrgico:

Data da realização:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos em meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas ao procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevistas. Estou ciente que os procedimentos médicos, invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusões de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Patos, 27 de outubro de 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Responso todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico:

Patos, ____ de ____ de ____



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



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: RIO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	17	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA	Cidade de Teixeira - Rio Grande do Norte		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR		
APOIO NO LOCAL:	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> RESGATE PRF	<input type="checkbox"/> CPTRAN	<input type="checkbox"/> STTRANS	<input type="checkbox"/> OUTRO:
QTA:	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS	<input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO	<input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO	<input type="checkbox"/> OUTRO:	

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-COCONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: CHR RESPONSÁVEL: Samuel Santos FUNÇÃO: médico

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Fáscia exposta de ferida com hemorragia extramangual

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <60rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAP: >60mm Hg <20mm Hg

PA: 100x60 FC: 89 TEMP: 36,5 °C - GLICEMIA: 100 mg/dl - E. Com: SpO2/02: 70 SpO2/02: 94

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disarflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada
- Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular
- Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náuseas
- Ritenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação
- Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Intubação em paciente agudo - edema cerebral + 2 AVP, inotrópico
I 100% MIE + infusão O2

Evolução do enfermeiro:

Paciente menor de idade, 17 anos, vítima de corte entre duas madeiras aparente ferida exposta de ferida com hemorragia extramangual. Foi feita curtagem e sutura com cateterização na ferida exposta, edema cerebral + 2 AVP, inotrópico I 100% MIE + infusão O2 e GED no CHR



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS.

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARINGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 FUNÇÃO VENOSA SONDA GASTRICA SONDA VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS / TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

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

ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

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

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): *W.L.* COREN: 181150 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: *Fernanda* COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *Waldo* _____





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>

Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 51



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRF 2020000002387-5
VIA QCD. REINAVAM R.NTRC. EXERCÍCIO
1 0094548475-5 00/00000000 2020

NOME:
RUSIVELT PAULO GOMES

CPF/CNPJ: 07344676486 PLACA: MOV1217/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSIS: 9C2KD03308R014996

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/ MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB.: 2007 ANO MEC.: 2008

CAP / POF / CI: 2 P/149 /CI CATEGORIA: PARTIC CORTEIRO/OLHANTE: AMARELA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I P V A	00/00/0000	1 ^o
FADA UVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o 3 ^o

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOP (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SECUR O P A G O 15/01/2020

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMINIO

SÃO JOSE DE CATANA - PR 15/01/2020
14311 14826

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456716090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2020 DATA EMISSÃO: 15/01/2020

VIA: 1 CPF/CNPJ: 07344676486 PLACA: MOV1217/PB

QCD. REINAVAM MARCA/ MODELO: 00945484755 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.: 2007 CAT/PLA: 9 RF CHASSIS: 9C2KD03308R014996

PRÉMIO TARIFÁRIO *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
IOP (R\$) *****	SEGURO	PAGAMENTO
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	DATA DE PAGAMENTO 15/01/2020	DATA DE QUITAÇÃO 15/01/2020
COTA ÚNICA <input checked="" type="checkbox"/>	PAGAMENTO <input type="checkbox"/>	PARCELADO <input type="checkbox"/>

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 04.346.000/0001-01

14826-1118198-20200115





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200102912

Data da solicitação: 10/10/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CÍCERO VIANCINO DE LARUZO

CPF do beneficiário: 164 553 3494-40

Nome do solicitante: CÍCERO VIANCINO DE LARUZO

CPF do solicitante: 164 553 3494-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083) 99958-2737 Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: REGUSA.

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: LAUDO MÉDICO.
(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TEIXEIRA - PB, 09 DE JUNHO DE 2020

Local e Data

Cicero Viancino de Araujo

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA AMANCIOS DE ARAUJO
RG: 2.317.136 Orgão Emissor: S50STPB CPF: 056.931.294-97
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: PESCADORA
Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA ARRUDA Nº 39
Bairro: VILA FELIZ Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA - PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: RENAN CÁSSIO MATA OLIVEIRA
RG: 3199470 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 067.845.384-30
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: ADVOGADO
Endereço: RUA PE. VICENTE XAVIER Nº 40
Bairro: CENTRO Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA
Telefone: (87) 9 9958 2737 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: CICERO AMANCIOS DE ARAUJO

CPF: 164.553.494-40

Data do Acidente: 27 / 10 / 2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente

DAMS Morte

Local e data

Teixeira-PB, 18 de Fevereiro de 2020.



Francisco Amancio de Araujo
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



AVASTI ROCHA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

FRANCISCA AMANCIOS DE ARAUJO

Em test. da verdade, Teixeira-PB 18/02/2020 14:30:44

Maria Avasti Costa Rocha - Titular

[2020-000727]ENOL:R\$ 10,22 FARFENTR: R\$ 30 PENJ:R\$ 2,04

DATA DIGITAL: AJT71388-X31F

A autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081957/20

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

CPF: 164.553.494-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA : 067.845.354-30

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO : 056.931.294-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 05/03/2020
Nome: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CPF: 067.845.354-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010141256000000035214299>
Número do documento: 20112010141256000000035214299

Num. 36895952 - Pág. 56



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, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200102912 Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, 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

Pag. 01669/01670 - carta_03 - INVALIDEZ



00040835

Carta nº 15596791



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/11/2020 10:14:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011201014125600000035214299>
Número do documento: 2011201014125600000035214299

Num. 36895952 - Pág. 57