
Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ADRIANO DA CRUZ NUNES**

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

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000143221-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Nº DO SINISTRO 3190406103

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiro ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ADRIANO DA CRUZ NUNES

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.999.297

EXPEDIDO POR SSS/PR

EM 1 / 1 / 1

CPF 071932584-28 / CNPJ 00000000-0000-00

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DI

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VAZOSA DOS SANTOS DA C. NUNES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 5067 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1944 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00142059-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 12 de Junho de 2020

LOCAL E DATA

Adriano da Cruz Nunes

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Nº DO SINISTRO 3190406103

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ADRIANO DA CRUZ NUNESPORTADOR(A) DO RG Nº 2.979.297 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 12/03/2020 ECPF 077932584-28 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO SERVO GERAISE RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALESSA DOS S. DA C. NUNES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1919 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00143221-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita 19 de Março de 2020
LOCAL E DATAX Adriano da Cruz Nunes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**1 ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

CONVENIO: 15/03/2020
OPERADOR: 000587869
587867

CONTA: 0191410130014322138
NOME: ADRIANO DA CRUZ NUNES
CPF: 07793258428

COD.OPERACAO: 76101542

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

8428.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES, REPRESENTADA POR ADRIANO DA CRUZ NUNES,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.979.197 EXPEDIDO POR SSP-JPC EM 02/12/98 E
CPF 0779932589-38 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO SERVENTE
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 0922 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46070-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita / PB de Junho de 2019
LOCAL E DATA

Adriano da Cruz Nunes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

I042
CAIXA-SIUNI

Sistema de Informacoes Unificadas
Relacao de Contas por N.CAIXA

03/02/2017
12:44:50

N.CAIXA: 17.358.719 MARIA DAS DORES DOS SANTOS
CPF : 053.614.304-80 Pessoa : Fisica
Dt.Nasc: 01/01/1979
Caixa :

PAG: 01 / 01

S _____ Conta _____ Carteira Dt.Abertura _____ Segundo Titular _____

0922-013-00016070/3

GV 01 18/09/2013



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência



Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 078/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ai, por volta 07h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADRIANO DA CRUZ NUNES, conhecido por **ADRIANO**, Identidade nº 2.979.297-555/PB, CPF nº 077.932.584-28, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sebastião Pereira Nunes e Damiana Maria Da Cruz, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 09/07/1982 (34 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Gino Novo, 48, Renato Ribeiro, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;

2) DATA DO FATO: 02 de janeiro de 2017;

3) HORÁRIO: 16h:30min;

4) LOCAL: Sítio Campo Grande, Zona Rural, Sobrado/PB;

5) UNIDADE DE SAUDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Sá Andrade (Sapé) e em seguida encaminhado ao Hospital de Traumas Sem. Humberto Lucena (João Pessoa/PB);

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia acima citado o declarante estava em casa quando um menor de idade filho da senhora conhecida por Simone chegou a sua procura; QUE foi informado pela criança que sua filha Vanessa dos Santos da Cruz Nunes tinha sido atropelada; QUE foi até o local e chegando lá sua esposa já estava no local com sua filha nos braços; QUE os vizinhos a levaram de moto até o Hospital Sá Andrade, sendo depois encaminhada para o Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa; QUE Vanessa ficou internada durante três dias, onde sofreu um procedimento cirurgico; QUE ninguém conseguiu identificar a moto e nem quem a pilotava.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Sapé/PB, 11 de Janeiro de 2017.

Adriano da Cruz Nunes
ADRIANO DA CRUZ NUNES
Comunicante

Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME
VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

MATRÍCULA

0731140155-2011 1 00061 235 0048448 47

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

dezoto de julho de dois mil e onze

DIA
18

MÊS
07

ANO
2011

HORA DE NASCIMENTO

14:13

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Sepé-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO

Sepé-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL DR. SA ANDRADE

SEXO

Feminino

PAZADO

ADRIANO DA CRUZ NUNES e MARIA DAS DORES DOS SANTOS

PAZADO

PATERNOS: SEBASTIÃO DEBEIRAN NUNES e CAMILANA MARIA DA CRUZ

MATERNO: ST. JORGE ANTONIO DOS SANTOS e NAIRANA DA SILVA

COMPOS

COM E MATRÍCULA (NOME DO)

NAO

NAO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

Onze de agosto de dois mil e onze (28/08/2011)

DNV (DEG. NASC. UNO)

545382034

OBSERVAÇÕES E AVISOS

Parto realizado em 28/08/2011, materno 00051, nº 0048, fone 235-V

Cartório de Alfredo Coutinho

Registro Civil das Pessoas Naturais

Hermanni Torres Coutinho

Registrador Civil

Sepé - Paraíba

NOME DO OFÍCIO

SERVIÇO REGISTRAL ALFREDO COUTINHO

OFICIAL REGISTRADOR

Hermanni Torres Coutinho

MUNICÍPIO

Sepé-PB

ENDEREÇO

RUA ORCINE FERNANDES, 163 - SALAS 91721-000
SHOPPING - CENTRO - 83-32833395 CEP 56320-000 Sepé-PB
CEP - 5630700 FONE - 83-32833395

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

Sepé-PB, 29 de agosto de 2011

Cartório Alfredo Coutinho

Hermanni Torres Coutinho

Oficial do Registro Civil

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Comprovação de ato declaratório



Eu, VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ ALVES, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 167.448.854-63, residente e domiciliado na RUA SANTO ANTONIO, 165, VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rita/PB, 19 de Junho de 2019

Local e data



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
DATA DE NASCIMENTO	18/07/11
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.603
BOLETIM DE ENTRADA N.º	971.575
DATA DO ATENDIMENTO	02/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO
CID 10	S52.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente, de menor idade, foi atendido neste Serviço, procedente do Ortopedia, vítima de atropelamento(sic), referindo dor com edema em cotovelo esquerdo. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Apresenta fratura de olecrano esquerdo. Paciente já veio encaminhada com diagnóstico da fratura. Internação para cirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de volécrano esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	05/01/17
DATA DA EMISSÃO:	17/07/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 871575



Identificação do paciente						
ID 1123543	Nome VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES			Sexo Feminino		
Data de nascimento 18/07/2011	Idade 5 anos 5 meses 15 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário		
Mãe MARIA DAS DORES DOS SANTOS	Pai ADRIANO DA CRUZ NUNES					
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) MARIA DAS DORES DOS SANTOS - MAE					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Número documento 07311401552011100061235004844847	Nº Cms 898003959096784				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB			
E-mail	Naturalidade SAPE	CBQR				
Endereço						
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro RENATO RIBEIRO			
Número S/N	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 02/01/2017 16:10:30	Número da pulseira 5922306	Comento SUS				
Especialidade PEDIATRIA	Clínica CLINICA PEDIATRICA					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMBULANCIA					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames Complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO						
Tempo 05min 60seg						

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO DA CRUZ NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000143221-8

Nr. da Autenticação 9EC0C3F6F5E13360

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Adriana dos Santos da Cruz Nunes
RG nº _____, ____ / ____ CPF nº 157.448.854-63
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua / Avenida / Praça)	<u>Rua Santa Antônio</u>
Número	<u>165</u>
Apto. / Complemento	
Bairro	<u>Vargem Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>68300-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98658-5914</u>

Por ser verdade, firmo-me, sob as penas da lei.

Local e data: Santa Rita, 25/03/2019

Assinatura do Declarante: x Adriana da Cruz Nunes



Ligarão: MONDASIO
 Objeto: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Portão. 0 - 0 - 732-5520 Referência: Mar / 2019
 Medidor: 00001175537 Emissão: 15/03/2019

ENERGISA PARANÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, 3º m. 25, C. do Redentor - Jo. Jo. Pessoa / PB - CEP 53071-400
CNPJ 00.035.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica nº 229.872.817
Cód. para Dct. e Extratôlho: 00013672931

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ REND
Mar / 2019	15/03/2019	15/04/2019	073.308.654-07

UC (Unidade Consumidora): 5/1187299-1

Canal de contasto

Com a ajuda por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre em conformidade de resistência na mala firme em contato por um dos nossos canais e recebe a taxa

<u>Anterior</u>		<u>Atual</u>		<u>Constante</u>	<u>Consumo</u>	<u>Dias</u>
Data 18/09/18	Lettura 667	Data 19/03/19	Lettura 667	1	0	20
<u>Demonstrativo</u>						
C.C.	Description	Orcunidade	TipoTch	Vlor Base Cat:	Afg Ioma(R)	EscrCat: Pg(RS) ColocadR
		Intribu TotatRS	(PMS/R\$)	SJMS	Pecotada(R\$)	(1,07039%) x \$228M
0501	Gasto de DisponibEstado	24,85	24,85	25	2,21	24,25 0,20 1,22

Val. Código de Classificação do Item	TOTAL	24,85	24,85	6,21	24,85	0,26	1,22
Taxa de Tributos	0,571770						

Parcela (últimas meses) (R\$)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22	22/03/2019	R\$ 24,85

Histórico de Consumo (KWh)											
13	90	10	20	18	20	0	0	0	0	0	0
Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19

RESERVADO AO FISCO

051e.2e41.12e3.fce5.d54e.90a7.3faf.79d2

Indicadores de Qualidade			2020 - 6º de Maio		
Limites da ANEEL	Acurado	Unidade de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
ONDINAL	5,48	0,00	Normal	5,08	24,51
OND TRIMESTRAL	10,00			8,88	34,33
OND ANUAL	2,73			0,95	3,87
OND SEMESTRAL	3,50	0,00	CONTRAÇÃO	5,44	5,78
OND TRIMESTRAL	0,72		LATTE INFERIOR	7,59	30,05
OND ANUAL	15,45		LATTE SUPERIOR	0,00	0,00
OND SEMESTRAL	3,11	0,00			
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				
OND SEMESTRAL	12,72				
OND TRIMESTRAL	12,72				
OND ANUAL	12,72				

ATENÇÃO

• **REAVÓS DE VENCIMENTO.** Caso a(s) re(s)ta(n)do do(s) mês anterior(s) de mensalidade em atraso, o fornecedor poderá ser autuado a partir de 01/07/2019. Conforme Resolução 414 da ANEL, o proponente após a data de vencimento poderá solicitar o devido cancelamento da fornecimento. Caso o mesmo não seja comunicado ou as contas sejam não e/ou em unidade consumidora para cancelamento, esse poderá efetuar o pagamento da(s) fatura(s) antes, desobrigando-o de qualquer mensalidade futura sujeita a inclusão em grupos de inadimplência no prazo de validade do contrato de fornecimento.

विश्वविद्यालय कक्षा सार्वजनिक

Fev/19 25.18

energiso

Retelro: 8-8-733-5630
Manufacture: 1187299-2012-03-3

836300000000-4 24850054000-5 11872992019-9 03300009019-2

VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
--------------------	----------------------

22/03/2019 **R\$ 24.85**



foram considerados as parcelas 'X', 'Y' e 'Z' e mais 03 parcelas variáveis. Se o pleito autoral for deferido, tem-se que as parcelas 'X', 'Y' e 'Z' serão calculadas 02 vezes para fins de cálculo da PLR - a primeira vez por força da CCT que traz a previsão de que a PLR será correspondente a 90% (noventa por cento) do salário acrescido das verbas fixas de natureza salarial e a segunda vez quando for utilizada a gratificação semestral, vez que esta já composta pelas parcelas 'X', 'Y' e 'Z'.

Portanto, se a parte da remuneração recebida pelo autor já é considerada para o cálculo da Participação nos Lucros e Resultados e a gratificação semestral for, igualmente, utilizada para o mesmo fim, tem-se que em uma única oportunidade, o salário base e as parcelas salariais fixas serão apuradas em duplicidade para fins de PLR, acarretando o enriquecimento sem causa dos substituídos em contrariedade ao artigo 884 do CC c/c artigo 8º, parágrafo único, da CLT.

Assim, também sob esse prisma, a Convenção Coletiva, por se tratar de norma benéfica, deve ser interpretada restritivamente, a teor do artigo 113 e 114 do CC, sob pena de ocorrer o enriquecimento sem causa do autor.

Requer-se, consequentemente, a improcedência do pleito autoral.

INAPLICABILIDADE DO ARTIGO 400 DO NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

O autor requer que a reclamada seja instada a juntar documentos, sob as penas do artigo 359, atual 400 do Código de Processo Civil. O pedido, porém, é completamente improcedente.

O reclamante, na condição de cargo dele do reclamado, tinha ciência e posse de todos os documentos possíveis para a instrução do feito. Se não apresentou todos os documentos ou se o fez de forma incompleta, não pode imputar ao réu a responsabilidade de suprir o defeito formal de sua petição inicial. O autor tinha plena possibilidade de construir de forma precisa sua causa de pedir e apresentar pedidos definidos, assim como poderia juntar aos autos os documentos para comprovação de seus pleitos. Não o fez, contudo, por mera NEGLIGÊNCIA. É a negligência e imperícia do autor não podem ser supridas pelo réu e, muito menos, pelo Poder Judiciário. Cabe ao autor comprovar os fatos constitutivos do seu direito, inclusive, instruindo a petição inicial com os documentos necessários, nos estritos termos dos arts. 787, 818 e 845 da CLT c/c artigo 373, I, do novo CPC, como há tempos decide a jurisprudência do E. 3º Regional:

JUNTADA DE DOCUMENTOS. PRECLUSÃO. Ao autor compete trazer aos autos toda a prova documental juntamente com a peça de ingresso, nos termos dos artigos 787 e 845, ambos da CLT, sendo desprovida de fundamentação jurídica a alegação no sentido de que o posicionamento adotado na sentença tomou necessária a juntada de prova documental, pois constitui justo impedimento da juntada de

documentos com a sua peça de ingresso. (TRT 3ª Região. 6ª Turma. Relator: Convocado José Marlon de Freitas. RO: 00677201211103005 0000677-62.2012.5.03.0111, Data de Publicação: 18/02/2013 15/02/2013. DEJT. Página 198. Boletim: Não.)

De outra parte, cabe frisar que o autor não justifica na petição inicial por qual motivo não realizou a juntada dos documentos requeridos; apenas alega que esses documentos deverão ser juntados pelo reclamado sem ao menos, de igual modo, justificar a razão pela qual o réu deve realizar a juntada desses documentos, colidindo frontalmente com a expressa determinação do art. 397 do novo CPC, que dispõe:

Art. 397. O pedido formulado pela parte conterá:

- I - a individualização, tão completa quanto possível, do documento ou da coisa;
- II - a finalidade da prova, indicando os fatos que se relacionam com o documento ou com a coisa;

Ora, se a autor pretende que o reclamado realize a juntada de suposto e imaginado documento que pudesse provar a tese inicial, deveria ter ido, pelo menos, o cuidado de especificar quais seriam esses documentos e, principalmente, esclarecer qual a finalidade da prova com a apresentação do documento requerido. O autor ignora seu ônus processual e irresponsavelmente lança requerimento a esmo, sem cumprir a exigência legal.

Ganha especial relevo esta circunstância se se considerar que o pedido autoral não foi deferido por Vossa Excelência, o que, novamente, demonstra o desacerto da tese inicial. Afinal, o artigo 396 do novo Código de Processo Civil é de clara solar ao estatuir que a parte somente deverá apresentar documento se o juiz assim o ordenar:

Art. 396. O juiz pode ordenar que a parte exiba documento ou coisa que se encontre em seu poder.

A exigência, portanto, foi descumprida pelo reclamante. Além do mais, como esclarecido, os documentos pleiteados sempre estiveram ao seu alcance. Nunca houve nenhum embaraço por parte do réu em conceder acesso aos documentos inerentes ao contrato de trabalho. Tanto é verdade que o autor nem mesmo alega que houve óbice ou qualquer coisa que fosse imprescindível à propositura da demanda. Até porque - e o ponto aqui é de grande relevância - os documentos necessários ao deslinde da controvérsia foram apresentados com a petição inicial, nos estritos termos do artigo 787 da CLT. Del não se pode falar, nem por hipótese, na aplicação da penalidade do artigo 359, atual artigo 400 do Código de Processo Civil, como já pontuava a jurisprudência:

PENALIDADE PREVISTA NO ART. 359 DO CPC. CABIMENTO. A penalidade inserida no art. 359 do CPC tem cabimento apenas quando o requerido não efetuar a exibição nem a qualificar e se a recusa for ilegítima. Não se inserindo o caso dos autos à hipótese legal, não há falar na veracidade dos fatos alegados pela parte requerente. (TRT 12ª Região. 1ª Turma.

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Vanessa dos Santos da Cruz Nunes</u>		Registro: <u>da Cruz Nunes</u>	
Idade: <u>058</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>01</u>
Enf: <u>005</u>		Leito: <u>005</u>	
Data de admissão: <u>02/01/14</u>		Data da alta: <u>05/01/14</u>	
Diagnóstico inicial: <u>fratura de Ombreira</u>			
Diagnóstico final:			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: <u>0</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Redução e enfiamento de A.V. 25</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>ass. Roberto Lucca</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente evoluiu bem, sem complicações, alta hospitalar.</u>			
Orientações Pós-Alta			
Dieta:			
Repouso:			
relativo em casa por, _____ dias;			
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias;			
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias;			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa:			
Retorno: <u>No HIOB</u> <u>01</u> de <u>01</u> de <u>17</u>			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão			
João Pessoa: <u>05</u> de <u>01</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico / CRM: <u>0</u>			

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Primeiro Atendimento Médico

971575
VARESA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
DT: 10/07/2011
MRE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
END: RUA RIBEIRO
N. 574 - CENTRO
SABE
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 8
DT. ENTRADA: 02/01/2017 10:12:30

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA	
Paciente encaminhada do Pronto-Socorro, vítima de Queda de altura por moto sem a cadeira de segurança anexa.	
Nega outros	

EXAME PRIMÁRIO	
VIAS	
AÉREAS ☒ PÉRVIAS () Obstruídas	
CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim (☒) Não	
VENTILAÇÃO:	
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA (☒) Sim () Não	
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade	
() Com dificuldade	
() VENTILAÇÃO MECÂNICA	
() APNÉIA	
AUSCUTA PULMONAR:	
1- MURMÚRIO VESICULAR	
HTD: ☒ Presente e normal	HTE: ☒ Presente e normal
() Rude	() Rude
() Diminuído	() Diminuído
() Ausente	() Ausente
2- RUIDOS	
(☒) Sim	HTD: ☒ Roncos
(☒) Não	(☒) Sibilos
	(☒) Estertores
FR: _____ imp	SpO ₂ : _____ %

CIRCULAÇÃO	
COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica	
() Pleotérica () Ictérica	
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal () Quente () Fria	
PULSO: ☒ Normal () Aumentado	
() Fino () Ausente	
AUSCUTA CARDÍACA:	
RÍTIMO: ☒ Regular () Irregular () Ausente	
BULHAS: ☒ Normofonéticas () Hipofonéticas	
() Hipofonéticas () Ausente	
SOPRO: ☒ Presente ☒ Ausente	
BE OU B4: () Sim () Não	
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C	
ECG: _____	
ABDOMEN: <u>flexuoso</u>	

DÉFICIT NEUROLÓGICO					
Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)					
Escala de Glasgow:					
ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA			
Esontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: <u>15</u>					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não ☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☒ Não ☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO

☐ Não ☒ Sim:

PATOLOGIA

☒ Não ☐ Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

☐ Não ☒ Sim: meio dente

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injurgimento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Enclavado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<u>Atendimento de emergência</u>		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

9/10/2010

às

do dia

Solicito parecer da

às

do dia

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ NIML☐ SVO

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		03/02/17
		Paciente estável, sem queixas no momento, aguardando tratamento cirúrgico
		04/02/17
		Cirurgia marcada p/ 16/02



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Vanessa dos Santos da Cruz Nunes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

97753

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

18 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIO DE Kirschner n. 1,5 a 1 em uso

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



Primeiro Atendimento Médico

6822386 BE.: 971575
VIVIANE DOS SANTOS DA CRUZ MUNES
DT. NRECC.: 18/07/2011
NOME: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
END.: RUA RIBEIRO
N. 2/M - CENTRO
SABE
FONE: ()
CELULAR: ()
IDMOS: 8
DT. ENTREGA: 02/01/2017 15:18:37

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Mano encarcerado do Instituto, vítima de assalto por moto armado a noite e desde então se encontra no estavelo B. Nega outros.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ PÉRVIAS ☐ OBTURADAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ SIM ☒ NÃO
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ SIM ☐ NÃO
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ SEM DIFICULDADE
☐ COM DIFICULDADE
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente
2- RUÍDOS
☐ SIM
☒ NÃO
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores
FR: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
BULHAS: ☒ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO: ☐ Presente ☒ Ausente
BE OU B4: ☐ SIM ☒ NÃO
FC: _____ bmp PA: _____ X mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN: flexível

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consolente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Imitado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL					

#Antonio

02/01/14. 14:50,

#Muelon brachio-meron de

apropriação - SP, com obra

resumo qd fixa de ordem (B)

aos apropriação.

#Apresenta com 1300m em

corrente (B), Maravilha. providencia.

#Coi (movimento p/ STD.

cinquenta.

- Os. São.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

82 1/2

RECEBIMOS

Nome: Vanessa dos Santos da Cruz Naves BE/Prontuário: 975575
Idade: 52 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 04/03/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: TTO cirurgia de fratura de Olerano
Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Dr. Koutay
2º Assistente: Dr. Andre 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Alton
Tipo de Anestesia: A. Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Olerano</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TTO cirurgia de fratura de Olerano</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Helton B. Dias Jr.

CRM PE 1254

João Pessoa, 04/03/17

NOME DO PACIENTE: Vanessa das Santos da Cruz Nunes

IDADE: 5 BE 931575 PRONTUÁRIO

ENFERMARIA: LEITO

CIRURGIÃO: Trat. cirúrgico noturno ambulatório colec (C)

ANESTESIA: Local

ANESTESISTA: Alisson

INSTRUMENTADOR: —

DATA: 04/11/19 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INÍCIO 12:30 FIM 13:30 CIRURGI: INÍCIO 12:30 FIM 13:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGI - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 3-0	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº21		FIO POLIGLACTINA Nº1	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMPFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº1,5	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONIOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONIA DE PVPI		() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() CARDIOMONITOR	
		GAZES		() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCÓPIO	
		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Rosângela N. de A. Silva
Téc. em Farmácia
COREN 971.136



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 04/06/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: VANESSA DE SANTOS DA CRUZ MOREIRA SEXO: F COR: PA IDADE: 5

PRESSÃO ARTERIAL: 120 PULSO: 120 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: ☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: *Normal*

AP. RESPIRATÓRIO: *Normal* AP. CIRCULATÓRIO: *Normal*

AP. DIGESTIVO: *Normal* ESTADO MENTAL: *Ativo* DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura de ulna (olecranon).* ESTADO FÍSICO (ASA):

CIRURGIA REALIZADA: *Traumatismo crânio-cérebro*

CIRURGIÃO: *Roberto Campolongo*

INÍCIO DA ANESTESIA: 12:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:20 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS:

ANESTESISTA: *Abdon M. Lustosa* CRM-PB 4184

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM 4184

ANESTESIA	DOSE	DIÁSTOLICA	SISTOLICA	ANESTESIA	DOSE	DIÁSTOLICA	SISTOLICA
1	20	100	140	1	20	100	140
2	20	100	140	2	20	100	140
3	20	100	140	3	20	100	140
4	20	100	140	4	20	100	140
5	20	100	140	5	20	100	140
6	20	100	140	6	20	100	140
7	20	100	140	7	20	100	140
8	20	100	140	8	20	100	140
9	20	100	140	9	20	100	140
10	20	100	140	10	20	100	140
11	20	100	140	11	20	100	140
12	20	100	140	12	20	100	140
13	20	100	140	13	20	100	140
14	20	100	140	14	20	100	140
15	20	100	140	15	20	100	140
16	20	100	140	16	20	100	140
17	20	100	140	17	20	100	140
18	20	100	140	18	20	100	140
19	20	100	140	19	20	100	140
20	20	100	140	20	20	100	140

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS:

USO: *EV + EN + IN + SC*

GLICOSE: *250*

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	PENTAVIC 25mg	11
2	Atropina 1mg	12
3	Propofol 100mg	13
4	Propofol 20mg	14
5	Propofol 10mg	15
6	Propofol 5mg	16
7	Propofol 2mg	17
8	Propofol 1mg	18
9	Propofol 0.5mg	19
10	Propofol 0.2mg	20

DESTINO DO PACIENTE:

☐ APM ☐ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS:

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Abdon Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM 4184



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDH Sob Anestesia Anestesia e Antipiréticos A. Proteção de Campos Cirúrgicos
Incisão:	Via de Aberto Posterior
Achados:	Fract. da Ocler...
Conduta:	Realizada redução indireta com auxílio de tração + Fixação interna com 2 fios K nº 1.5
Fechamento:	— 1 —
Observação:	Tudo acordo paciente

Médico/CRM:

Dr. Helson P. Dias Jr.
Médico
CRM: 157375

João Pessoa, 04/03/97



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

157.448.854-63

Nome

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Nascimento

18/07/2011

CÓDIGO DE CONTROLE

C961.B6BD.D9D0.4C1B



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:46:17 do dia 30/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



Rio de Janeiro, 15 de julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Outros



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220968/19

Número do Sinistro: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2017

Titular do CPF: VANESSA DOS SANTOS
DA CRUZ NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 01/11/2019

Nome: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220968/19

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2017

Titular do CPF: VANESSA DOS SANTOS
DA CRUZ NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADRIANO DA CRUZ NUNES : 077.932.584-28

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 entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/07/2019
Nome: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
CPF: 157.448.854-63

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220968/19

Número do Sinistro: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2017

Titular do CPF: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 01/11/2019

Nome: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

CPF: 157.448.854-63

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190406103 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ **Data do acidente:** 02/01/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
NUNES COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO OLÉCRANO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.10,12,13)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO
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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

3190406103

3 - CPF da vítima:

157.448.854-63

4 - Nome completo da vítima:

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

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

5 - Nome completo:

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA DR. PEDROSA

6 - CPF:

157.448.854-63

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SANTA RITA

9 - Número:

225

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58301-005

16 - Tel. (DDD):

(83) 98733-4301

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:

ADRIANO DA CRUZ NUNES

18 - CPF do Representante Legal:

077.932.584-28

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTOR

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: 1914

13

CONTA: 142059

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: Maria dos Santos da Cruz Nunes
CPF: 053.614.304-80

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Alexandrina Maria de Franco
CPF: 071.321.004-90

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Rita, 28 de novembro de 2019

x Adriano da Cruz Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)