

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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



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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190596170 **Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA**

Data do Acidente: 07/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002655-7

Conta: 000000200114-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012
Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83)	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco(237) Itaú(341)
 Banco do Brasil(001) Caixa Econômica Federal(104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 Lider 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Alagoa Nova - PB - 23/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/PB 25.670

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - PB 58410163 - (83) 9810-9319



OCORRÊNCIA N° 000242/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000242/19 registrada em 17/10/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:57 horas, compareceu o Sr. JANNYEL AVELINO DE LUNA, com 31 anos de idade, filho de JOSÉ AVELINO DE LUNA e MARIA JOSÉ DE LUNA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, União Estavel, escolaridade Medio Incompleto, profissão AUTONOMO, portador da Cédula de Identidade N° 3.363.711, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 07892095438, residindo à rua ALMEIDA CASTRO, 62, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB, celular 9-9404.4585.

Declarou que:

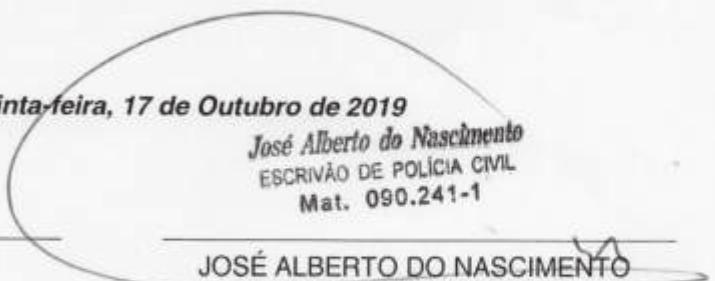
Informa o comunicante, que na noite do dia 07.06.2019, estava se deslocando da cidade de Alagoa Nova em direção a cidade de Lagoa Seca/PB, trafegando pela Rodovia PB 079, conduzindo a motocicleta HONDA/CG150 FAN ESDI, ano/modelo 2011/2011, cor vermelha, chassi n° 9C2KC1680BR530720, de placa OEWT-7026/PB, licenciada em nome de Luiz Paulo Soares da Silva, quando nas proximidades da ponte do Sítio Floriano foi "fechado" por outra motocicleta marca HONDA, de cor preta, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, tendo o comunicante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico hospitalar em anexo; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom e com via seca, entretanto não existe iluminação no local, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 17 de Outubro de 2019

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1


JANNYEL AVELINO DE LUNA

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 078.920.954-38 Nome completo da vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012
Nome completo: JANNYEL AVELINO DE LUNA CPF: 078.920.954-38

Profissão: AUTONOMO	Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB	CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83)	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco(237) <input type="checkbox"/> Itaú(341)	Nome do BANCO: <u>Bradesco (237)</u>
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil(001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal(104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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.

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 Lider 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

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Alagoa Nova - PB - 23/10/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

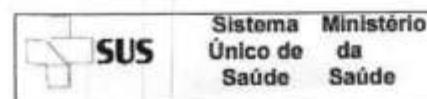
Israel de Souza Farias
ADVOGADO
OAB/PB 25.670

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rj.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

JANNYEL AVELINO DE LUNA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1915892

7 - CARTÃO DO SUS

708506369562179

8 - DATA DE NASCIMENTO

18/07/1988

9 - SEXO

Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JOSE D LUNA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD **83**N° DE TELEFONE **994044585**

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoa Nova

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

250040

15 - UF

PB

16 - CEP

58125000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de automóvel com dor, deformidade e hemorragia na perna direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fílico + lar - x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta de tibia

21 - CID 10 PRINCIPAL

3802

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO/SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção cirúrgica na tibia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(CNS) (CPF)

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/06/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANNYEL AVELINO DE LUNA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02655-7

CONTA: 00000200114-4

Nr. Autenticação

BRADESCO5112019050000000002370265500000200114236250 PAGO

JOSE AVELINO DE LUNA
RUA ALMEIDA CAVES, 82 - CENTRO
FLAGOA NOVA / PE CEP: 57415011 (AG. 11)

Ligação MONOFÁSICO
Cle/Spc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotero: 5 - 77-815-8720 Referência Ago/2018
Medidor: 00000152340 Emissão: 08/08/2018

energisa

ENERGISA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
E-220, Km-26 - Crotto Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ:09.095.183/0001-40 - Insc. Est: 18.015.023.0

Nº da Fazenda / Conta de Energia Elétrica N° 028.296.720
Cód. para Débito Automático: 990027415412

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	09/08/2019	10/09/2019	633.994.157-53

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: www.gov.br/vacina-brasil

5/241541-2

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
10/07/18	46445	09/08/19	48854	
Demonstrativo				
CO	Descrição	Quantidade	Tarifa P	Válida Base Calc. Alt. Somatóq. Básico Calc. Fixo(R\$) Comissão
			Tarifa de Fornecimento (TFF) (CMSE) CMS	Fixo(R\$) (1.004800/4.800000)
0801	Consumo em kWh	216.000 0.55440	187,11 187,11 27	60,82 187,11 3,02 8,34
0801	Adic. B. Amarela		3,40 3,47 27	0,82 3,42 0,04 0,17
1801	Adc. B. Vermelha		3,94 3,94 27	1,05 3,94 0,04 0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUÇÃO ILM PÚBLICA		5,21 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0809	BÔNUS ITAPU LEI 10438/2002 07/2018		-2,26 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCD Códigos de Classificação do Ramo TOTAL: 187,43 184,47 52,50 184,47 2,10 8,71

Média últimos meses (kWh): 237

VENCIMENTO
01/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 197,43

Histórico de Consumo (kWh)

2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	
Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Mai/19	Jun/19
224	224	223	220	247	227	285	250	233	222	250	220	250

RESERVADO AO FISCO
d720.d546.c80b.305a.ae74.d30f.6c94.8ed1

Indicadores de Qualidade 6/2019- Ativa

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	13,94	NOMINAL
DIC ANUAL	25,89	
FIC MENSAL	5,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	13,85	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DMC	3,80	LIMITE SUPERIOR
DCRI	2,22	200

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de Forn. de Energia Pág.	43,18	21,60
Compra de Energia	70,08	35,16
Serviço de Transmissão	8,72	3,27
Encargos Sistêmicos	10,20	5,11
Impostos Diretos e Encargos	69,52	34,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	198,69	100,00

Valor unit. EU/CD (Ref. 6/2019) R\$ 70,14

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANNYEL AVELINO DE LUNA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ

da Vítima

JANNYEL AVELINO DE LUNA,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.920.954 / 38, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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: RUA ALMEIDA CASTRO	Número: 62	Complemento: —
Bairro: CENTRO	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 21/10/2019

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante

Israel de Souza Farias
ADVOGADO
048/PRB 25.670

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Luiz Paulo Soares Da Silva,

RG nº 333.929-1, data de expedição 12/03/2008

Órgão _____, portador do CPF nº 076.985.494.02,

com domicílio na cidade de Alagoa Nova, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

José Antônio Frutuoso, nº 82,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jammyel Anselmo de Lira, cujo o condutor era

Jammyel Anselmo de Lira. Veículo:

Motocicleta Modelo: Honda CG 150 Fan ESDI Ano: 2011/2011

Placa: DET7026/PB Chassi: 9C2 KC1680 BR530720

Data do Acidente 07/06/2013

Local e Data: Alagoa Nova - PB 09/09/2019

Luiz Paul Soares da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO TABELOMATO "ALÍPIO BEZERRA"

R. Coronel Leão, 100 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58120-000 - Fone: (83) 3385-1068

Antônio Marcos Batista de Melo

TABELIÃO PÚBLICO

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"

ALAGOA NOVA-PB.

Antônio Geraldo de A. Neto

ESCRIVÃO

conheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

LUIZ PAULO SOARES DA SILVA

ou fô. Alagoa Nova/PB - 09/09/2019

asscrente: ANTONIO GERALDO DE ATADIN NETO

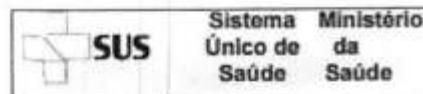
do Digital: AJC55614-I3CC

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

nol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82



Rif


**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE
JANNYEL AVELINO DE LUNA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1915892

7 - CARTÃO DO SUS
708506369562179

8 - DATA DE NASCIMENTO
18/07/19889 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE D LUNA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** N° DE TELEFONE **994044585**

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)
RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Alagoa Nova

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
250040 15 - UF
PB 16 - CEP
58125000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Parente utrue de avdante de anfso com dor, desonvelade e fennuelo aq parue direta

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fíbro - + lar - x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL **fratus expost de fibra** 21 - CID 10 PRINCIPAL **3802** 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **Int. cirurgica set fissura** 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO **0408050503**
 26 - CLÍNICA **02** 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO
(CNS) (CPF) 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE **JOSE RENNA GOMES DA SILVA** 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO **07/06/2019** 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

04080200

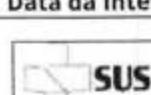
6682

and had wings too

seen at Madras

in 1914

seen in Madras
in 1914



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JANNYEL AVELINO DE LUNA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1915892

7 - CARTÃO DO SUS
708506369562179

8 - DATA DE NASCIMENTO
18/07/1988

9 - SEXO
Masc 1 Fem 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE D LUNA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** N° DE TELEFONE
994044585

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)
RUA ALMEIDA CASTRO , 62 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Alagoa Nova

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
250040 15 - UF
PB 16 - CEP
58125000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com dor, deformidade e ferimento na perna direita

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame fílico + Raro -x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta de fibra (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

582.2

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção cirúrgica

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

00000000

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016296973832

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSE RENNA GOMES DA SILVA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/06/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

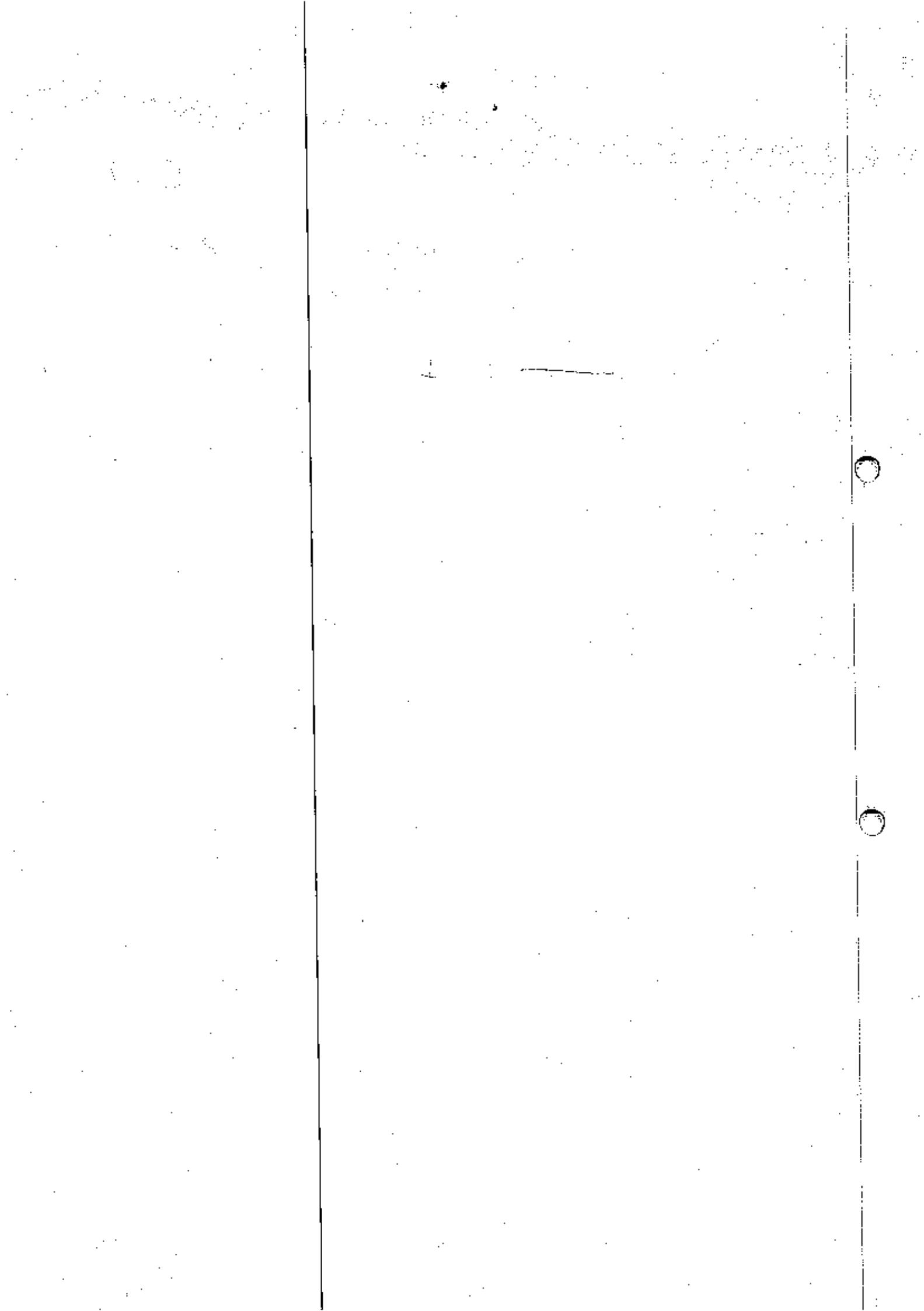
Clinica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 34 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

DIA 07/06/2019

MÉDICO(A): Jose Renna Gomes Da Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 6h/6h	06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h 0D/14D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h	06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 8h/8h	06
8	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	CFU

DR. JOSÉ RENNA GOMES
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CRM-PB 72211



Data: 08/06/2019

Horas: 02:47:07

Médico (a) Diarista : Ywry De Paiva Camara



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

N° do prontuário: 1915892 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE D LUNA Data de Nascimento: 18/07/1988 Sexo: M

Clínica: AREA VERMELHA Enfermaria: AREA VERMELHA Leito: 31 Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA

g-1

DIA 08/06/2019**MÉDICO(A): Ywry De Paiva Camara /**

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE APÓS RPA	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 3AMPOLA, 0D/2D Diluir em 50 ML SF 24/24H	
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8H	
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h + 100ML SF, LENTO	
9	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS IX POR DIA	

POI

Paciente submetido a procedimento cirúrgico ortopédico de origem sem infecções.

No momento em VRP4.

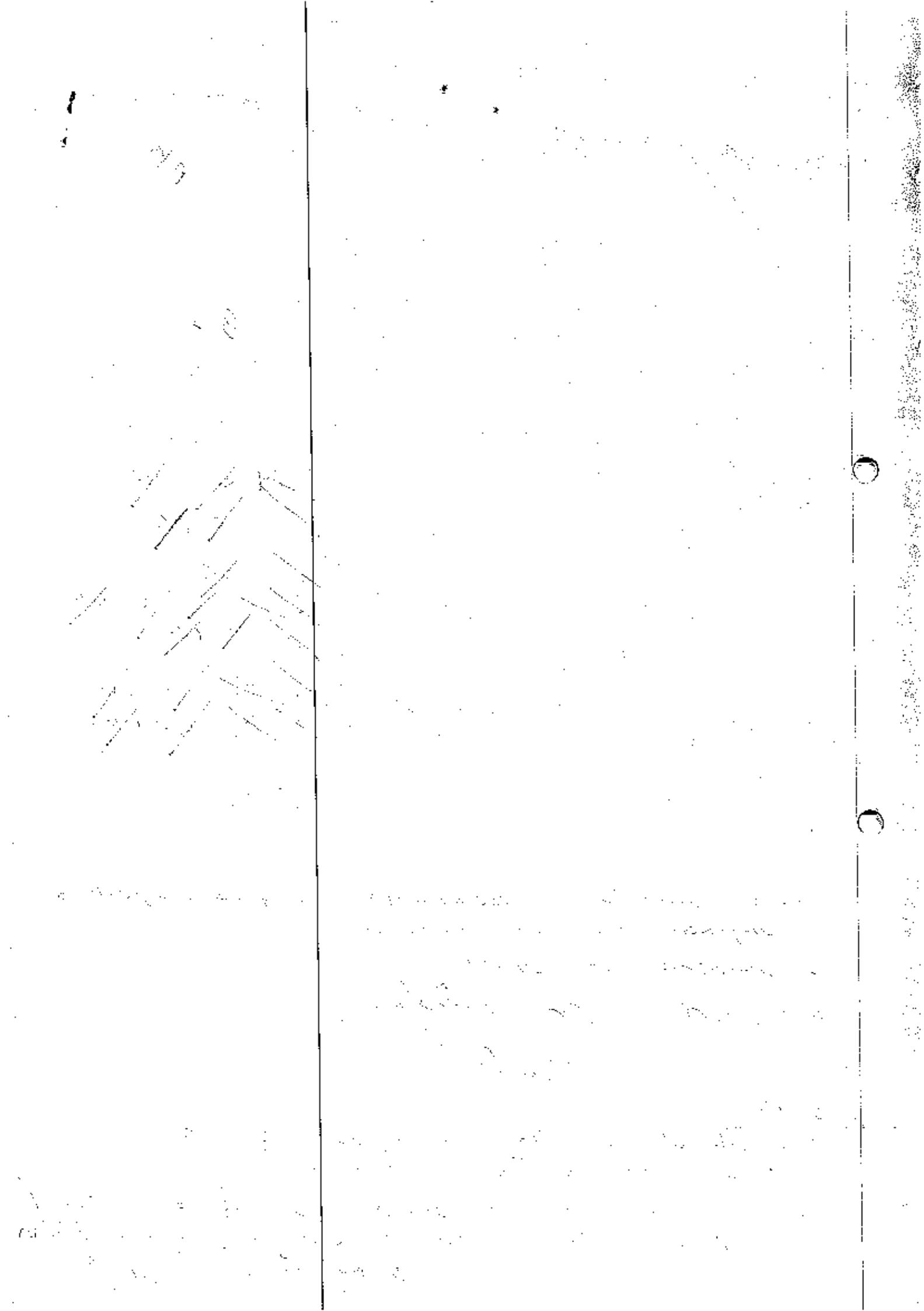
Col. VPM + Rx Controle.

Ywry de Paiva Camara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

09/06/19:

Beb, estabil, si infecções, uso gipso -
fo seco, bem coaptado, si seco.

Col: Área Hospitalar ei ambulatório ou referência Ambulatório
+ ATB + nines + AIRS pt em + unidade Ortoped
di nes piso Ywry de Paiva Camara





Número do Prontuário: 143927

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1915892 Clin: AREA VERMELHA / Enf: AREA VERMELHA / Lei: 31

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Atendimento: 1915892

Diagnóstico Pré-Operatório: Frx Exposta ossos da Perna (D)

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo.

Cirurgia: Fmg Data da Cirurgia: 08/06/19
+ osteossíntese

Endereço:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: FRATURA EXPOSTA COM 5 HORAS DE EVOLUÇÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. REALIZADA IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA COM SF 0,9% 10 LITROS E CLOREXIDINA
3. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS (NÃO FOI UTILIZADO GARROTEAMENTO)
4. AMPLIAÇÃO DE DOIS FERIMENTOS EM FACE ANTERIOR DE Perna DIREITA, UNIFICANDO LONGITUDINALMENTE.
5. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
7. EVIDENCIADA FRATURA COMINUTIVA EM CORTICAL MEDIAL-ANTERIOR. PACIENTE APRESENTANDO TÍBIA TRIANGULAR COM FACE LATERAL POSTERIORIZADA E PROFUNDA, IMPOSSIBILITANDO A SÍNTese LATERAL.
8. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA
9. OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP LARGA 14 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICais, SENDO UM DELES INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA.
10. LAVADO DE FO COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA.
11. PONTOS DE APROXIMAÇÃO COM NYLON 2-0
12. CURATIVO

Data 08/06/2019

Assinatura/Carimbo

Ywry De Paiva Camara
 Ywry de Paiva Camara
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM/PB 10907

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ranniel Antônio de Paula DN. 18.01.1988

QI	LEITE Sala 03	CONVÉNIO SUS	IDADE 30	REGISTRO 1915849
----	------------------	-----------------	-------------	---------------------

CIRURGIA No cirúrgico faturado ex parte est. de perna diti	CIRURGIÃO Dr. Muricy
--	-------------------------

ANESTESIA rocural	ANESTESIA Dr. Thiago
----------------------	-------------------------

INSTRUMENTADORA André (tm)	DATA 08.06.2019	INICIO 01:10	FIM 02:50
-------------------------------	--------------------	-----------------	--------------



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Dimetile amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dolantina amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Efrane ml	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Ketalar ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
01	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Pavulon amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protoxido l/m	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Rapifen amp.	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Thionembutal ml	H ₂ O ml		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Adul		Mononylon	
		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS	
01	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemente ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
02	Stiptanon amp.	Sonda folley	Qtd.		
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogá	01	SG de Kuchinek	
		Sonda Uretral n°	CX	45-4m	
		Sterydrem ml	01	flocos 14 mm	
		Torneirinha	02	pacullos	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7	Vaselina ml		() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28	Gelcon 18		() Serra	() Eletrocautério
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	Latese		() Desfibrilador	() Oxicapiógrafo
	Aguilha p/ raque n°	05 AUTODR		() Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Álcool de Enfermagem			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml				
03	Ataduras de Crepon *				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metíleno amp.				
	Benzina ml				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
André Campos de Araújo Oliveira
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-PB 397289

8894.00 \$1.48 paid on credit balance

REBATE 0.06 due 0.00

Wife's bill, I am paying
expenses

Oct 10 C.L.C. P.M. 0.00 (int'l)

20

10

20

20

10

10

Domestic 20

Gas - propane

4 20

20

10

Gas - propane

7

10

Domestic p 10

carrying 10

water 10

10
10
10
10

Domestic 10

10

80

100



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Jomiel Avelino de Lame Idade: 30 anos
Convênio: SUS Data: 18/07/1988
Procedimento: Trat. Cirúrgico e) fisurado de fratura esquerda das ossas da
perna direita.



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		


 Assinatura do anestesista

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA
E. Goyabe

TEL / FAX / E-MAIL:

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

11510. Mml. De Fissuras Expostas do Tíbia

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Rhis 1.5 mm, Dc 14F		01	
J50 (mml 1.5 x 36		01	
11 11 1.5 x 34		05	
11 9 1.5 x 32		02	

DATA DA UTILIZAÇÃO

08/6/19

DATA DA COMUNICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

J. JWR Piva

ASSINATURA E CARMBO DO RESPONSÁVEL

J. JWR

Yury de Paixão Câncara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 11807

14001 28 JUN 1991

P&G100

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data da Internação: 07/06/2019

Data da Alta: 09/06/2019

Registro: 1915892

Tempo de Permanência: -18055

Diagnóstico Inicial:

Fractura exposta ossos da perna (II) (Guth II)

Diagnóstico Final:

O Mma

Principais Exames: RADIOGRAFIA

Cirurgia: LMC + RAFI

Data: 08/06/2019

Equipe:

Cirurgião: JOSE RENNA GOMES DA SILVA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: THIAGO AUGUSTO MAHON BRAGA

Medicamentos: SINTOMÁTICOS + CEFAZOLINA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NDN

Atomopatológico: NDN

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM Perna Direita, APRESENTANDO DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO LOCAL. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGENCIA SEM INTERCORRÊNCIAS. EVOLUI EM 2º DPO BEM COM FO SECA E BEM COAPTADA.

Orientações: RETORNO AMBULATORIAL, CURATIVO DIÁRIO E NÃO PISAR.

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa:: ALGINAC + LISADOR DIP + AAS + LEVOFLOXACINO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso0dias

Condições de Alta::Melhorado

Data 09/06/2019

Assinatura/Carimbo
Ywry De Paiva Camara

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Ywry De Paiva
Camara

Ywry de Paiva Camara
IPMIALE TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 10907

PACIENTE:	JANNYEL DE AVELINO DE LUNA
DATA DO EXAME:	07/06/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

- Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

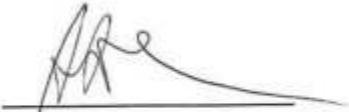
Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

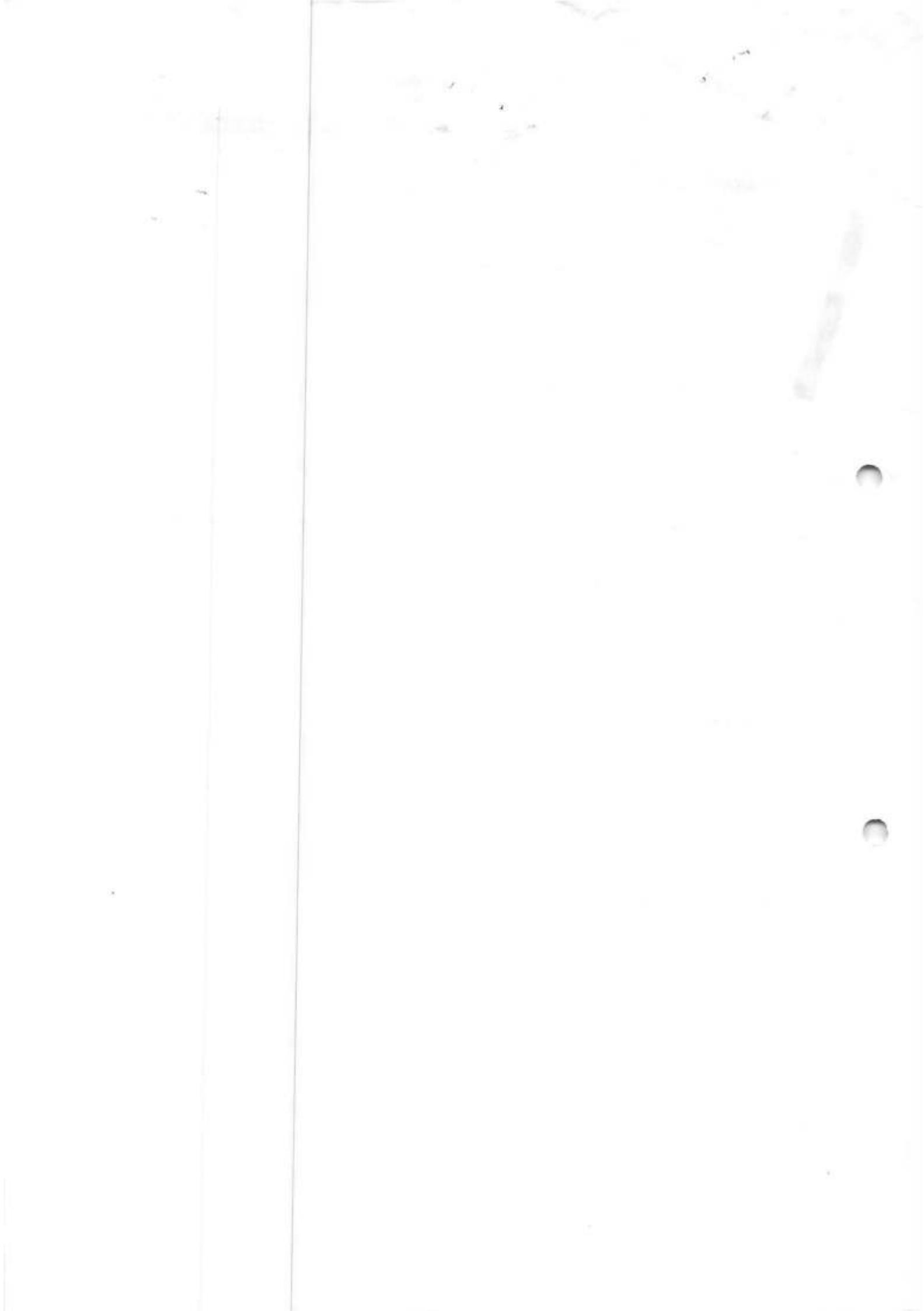
Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.
- Ausência de sinais ecográficos sugestivos de lesões relacionadas ao trauma nas vísceras sólidas abdominais.



Dr. Arthur José Ventura
Médico Radiologista
CRM / PB 6481





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:

José Alves

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

12/01/19

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

12 - 70.

MATERIAL A EXAMINAR:

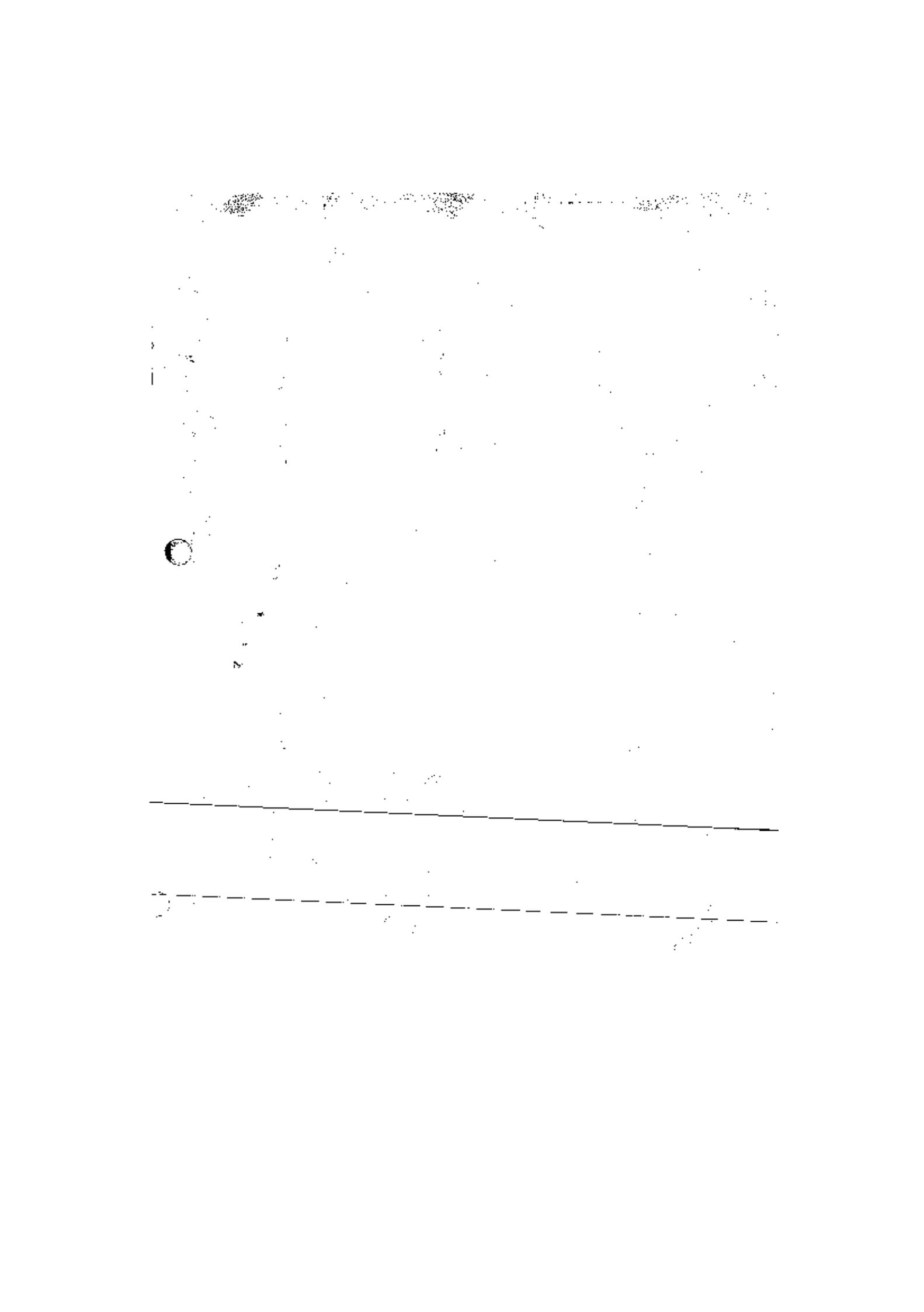
EXAME SOLICITADO:

12/01/19 - Exame de AP + Peatil.

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 08/01/19	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Willy de Paiva Câncara
ORTOPEDIA E TFA / MATO GROSSO
SEMIPB 10807

RESPOSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO



DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EX.

NOME:

JANIEL AVELINO De LUNA

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITC

DADOS CLÍNICOS:

Pélvica

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAME SOLICITADO:

USG FAST

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
21/06/15

URGÊNCIA:

ROTN:

DATA:

07/06/15 HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPOSTA PELA SOLICITAÇÃO

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

○

○

**REQUISIÇÃO DE EXAME**NOME: Jair JoséPRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

DADE:	SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS:							

MATERIAL A EXAMINAR:

Dr. José Reinaldo Góes
Gabinete de Traumatologia
Cia. 1º SGT**RAIO X**
REALIZADO EM:
07/06/2009NOME SOLICITADO: Moisés Pinho Q Ap f D.

Painel Câmara

RGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
ATA: <u>07/06/11</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:

YNTT de Painel Câmara

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM/PB 10907

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO



C

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

do paciente ou resposável quando necessário)
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/06/2019
 Paciente: JANNYEL AVELINO DE LIMA Idade: 030 N° ATEND: 1915849

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
 DATA: 07/06/2019 HORA: 21:01:01

E-SPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02; PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

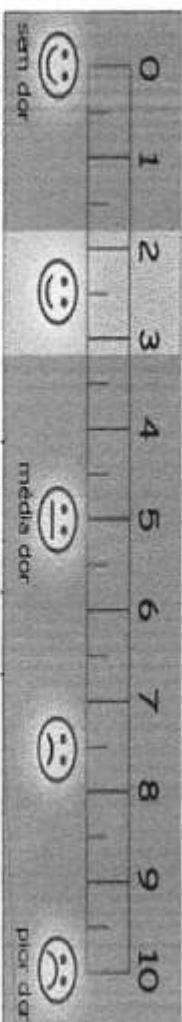
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

- () CONVULSAO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
- () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
- () IRRITABIL () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
- () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

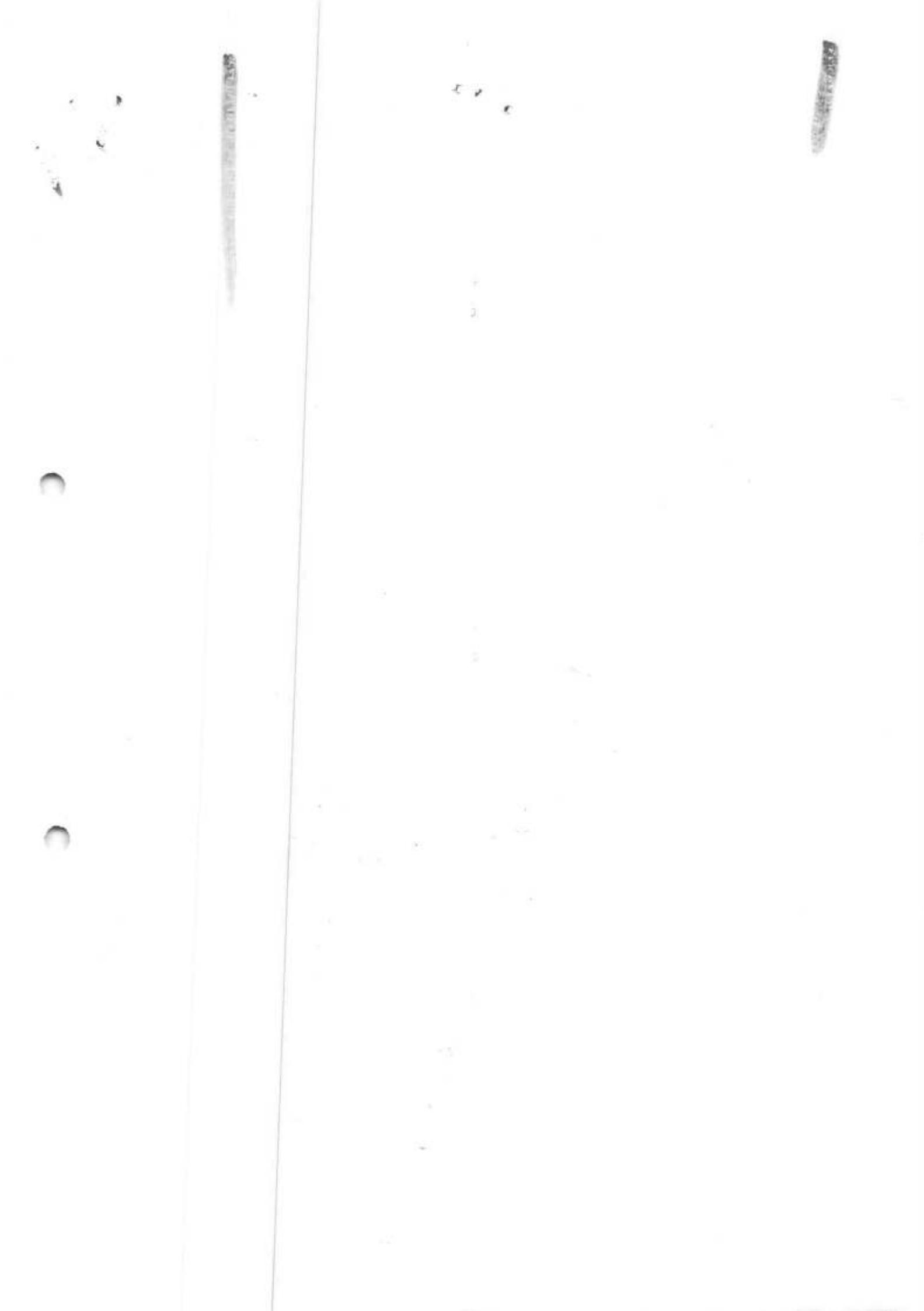


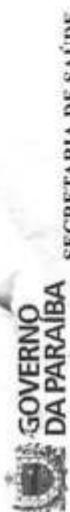
ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO

OBS:
 ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento





GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1915849 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 07/06/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: JANNYEL AVELINO CEP: 58125000 Nascimento: 18/07/1988

DE LUNA Sexo: M Telefone: 994044585

Endereço: RUA ALMEIDA CASTRO Idade: 030

Cidade: Alagoa Nova RG: 3363711

Responsável: MARIA JOSE D LUNA CPF: 07892095438 Profissão/AGENTE SOCIO

EDUCATIVO Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 07/06/2019 CNS: 708506369562179

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 21:00:01 CONVÉNIO:SUS CRM:

Médico: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrágamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corritudo
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

INICIOS
Voluntário trazido pelo SMM UCBm colau
análgico e Guancha juntada com cinta histórica
de Colarão branco em proximidade a ferida.
Neqz. Andar da consciência ou e qso dia em eho.
Buxixa - se de dor em pena (D), sem outros
queijos.

Aferir e inocente.

EXAME PRIMÁRIO - DADO

Ultrassonografia

Realizada sim:

Realizado dia 07/06/2019

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ()-Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

HGT: Glasgow 15 PA Sat 92

A: Pressão arterial 147/92 e color carvalho / VA perna

B: MW + AT 7.5 RA 96% FR. 22

C: PERIARTROSCOPÍA FC: 85

D: ECG (S - 201) normovol. MEC + Sangue em shv por volta de 1 hr

E: Níveis terapêuticos

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia;

() Radiografias () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia /

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

Especialista: / /

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1. SRL 500 ml, EV, aguice

2. Dipirona 1g - Olímp. EV, qd, g

3. Noxol 20mg - Olímp. EV, qd, g

4.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %

Data: 2019-06-07 & hora/atend=21:01:01

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1915849&dataatend=2019-06-07&horaatend=21:01:01

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARMIMBO DO MÉDICO:

Dr entropatma ~

*Pau de ferro com quebra de
 Fratura exposta de Tibia D
 Sem outras alterações visíveis -
 suspeita.*

*02 Fraturas Crônicas
 Afrouxei os rebos de a cada*

*DR. ANTONIO RIBOL NEL
 MEDICO RESIDENTE
 CHURGIA GERAL
 CRM/PB 8108*

*# emergencia - 22:36
 Atz cirúrgica opel - pt. s/ quebras.*

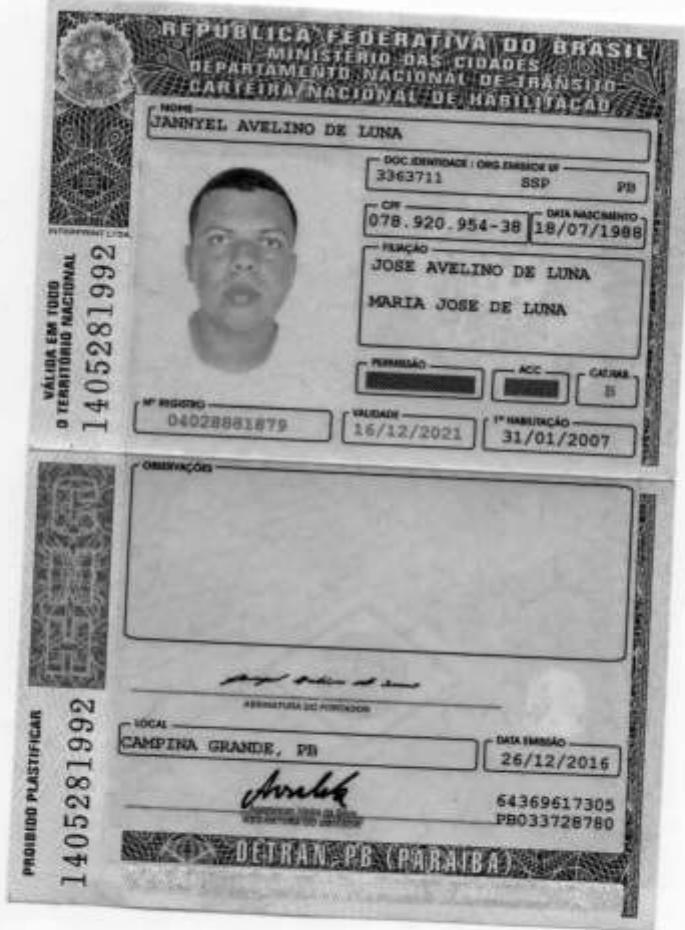
*DR. ANTONIO RIBOL NEL
 MEDICO RESIDENTE
 CHURGIA GERAL
 CRM/PB 8108*

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ hs : _____ hs.

Centro cirúrgico Alta hospitalar / A revés
 Internação (setor) Decisão Médicas

Transferência a Outro SETOR ou HOSPITAL Óbito

*Dr. Antônio Ribol Nelo
 Cirurgia Ortopédica da Uva*





PBNº 011545360574 BILHETE DE SEGURO DPVAT		2614																						
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 076985490025 INFORMAÇÕES, LEIA ATENDETE 2.6 / PB AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatseguradotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																								
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>07698549402</td> <td>18/05/2015</td> </tr> <tr> <td>0B337460752</td> <td>HONDA/CG150 FAN ESDI</td> <td>06/07/6 / PB</td> </tr> <tr> <td>2011</td> <td>9</td> <td>9C2KC1680BRS30720</td> </tr> </table>		1	07698549402	18/05/2015	0B337460752	HONDA/CG150 FAN ESDI	06/07/6 / PB	2011	9	9C2KC1680BRS30720	<p>PRÊMIO TARIFÁRIO</p> <table border="1"> <tr> <td>VALOR R\$0</td> <td>REFLETION (0%)</td> <td>CUSTO DO SEGURO R\$0</td> </tr> <tr> <td>*****</td> <td>*****</td> <td>*****</td> </tr> </table> <p>SEGURADO</p> <table border="1"> <tr> <td>DATA DE Nascimento:</td> <td>01/01/1980</td> </tr> <tr> <td>SEXO:</td> <td>MASCULINO</td> </tr> <tr> <td>DATA DE CADASTRO:</td> <td>30/06/2014</td> </tr> </table> <p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CHAM J 08 246 868 0001-04 www.seguradotransito.com.br</p> <p>27434-0831402-20150518</p>		VALOR R\$0	REFLETION (0%)	CUSTO DO SEGURO R\$0	*****	*****	*****	DATA DE Nascimento:	01/01/1980	SEXO:	MASCULINO	DATA DE CADASTRO:	30/06/2014
1	07698549402	18/05/2015																						
0B337460752	HONDA/CG150 FAN ESDI	06/07/6 / PB																						
2011	9	9C2KC1680BRS30720																						
VALOR R\$0	REFLETION (0%)	CUSTO DO SEGURO R\$0																						
*****	*****	*****																						
DATA DE Nascimento:	01/01/1980																							
SEXO:	MASCULINO																							
DATA DE CADASTRO:	30/06/2014																							

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596170 **Cidade:** Lagoa Seca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS P.9,17)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

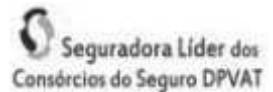
Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROCURAÇÃO

Outorgante: JANNYEL AVELINO DE LUNA, brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autônomo, residente e domiciliado na Rua Almeida Castro, 62, bairro: centro, Município de Alagoa Nova, Estado da Paraíba, Cep. 58125-000, portador do Rg. nº 3.363.711, SSP/PB e CPF nº 078.920.954-38.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

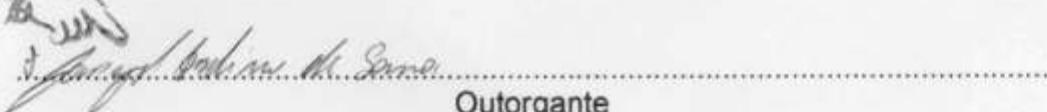
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JANNYEL AVELINO DE LUNA, ocorrido em 07/06/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

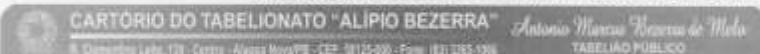
Alagoa Nova

- PB, 21 / Centúrios 2019.


Outorgante

CPF Nº 078.920.954-38

"RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE"



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JANNYEL AVELINO DE LUNA
Dou fé: Alagoa Nova/PB - 21/10/2019
Escrevente: FAGNER RODRIGUES SOARES

Selo Digital: AJ136741-V11M
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82



Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367178/19

Número do Sinistro: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

CPF: 078.920.954-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JANNYEL AVELINO DE LUNA : 078.920.954-38

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/10/2019
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

RENATO LUNA DIAS

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596170

Vítima: JANNYEL AVELINO DE LUNA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANNYEL AVELINO DE LUNA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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

