
Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241971

Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANESSA PEREIRA DA SILVA

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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241971

Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANESSA PEREIRA DA SILVA

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: VANESSA PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000155992-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - C/P da vítima: 083744794-65 4 - Nome completo da vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

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 PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 083744794-65
7 - Profissão: REVENHO 8 - Endereço: RUA MARCELO NUNES 9 - Número: 903 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LUBIAZAPES 12 - Cidade: PATOJ 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 28100-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 991319273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote o número da agência)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 355 992 0 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Caso de Pensão em vida com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (s) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos-RJ, 05/06/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 042064.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 042064.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 20:29 min do dia 03/07/2020, na Delegacia Online, VANESSA PEREIRA DA SILVA, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DO LAR, nascido(a) em 03/04/1989, idade 31, estado civil Solteiro (a), filho(a) de ANA MARIA PEREIRA DA SILVA e FRANCISCO BEZERRA DA SILVA, CPF: 081.744.794-65, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Marluce Nunes, nº 901, complemento CASA, bairro Morro, na cidade de Patos/PB. CEP: 58703242, telefone(s) 83991422322, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 19/01/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA ODON NOGUEIRA, LIBERDADE, Patos/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 19/01/2020, por volta das 20h, conduzia motocicleta de marca/modelo HONDA BIZ 125, Placa QSC-9693/PB, RENAVAM: 0118638199-7, ano 2019, cor: CINZA, chassi: 9C2JC4830KR117923, Licenciada em nome de GEDEAN OSNI DA SILVA, Quando conduzia sua motocicleta do bairro liberdade em direção ao centro de Patos, na rua Odon Nogueira, próximo ao Detran, quando foi travado por um veículo de cor preta que bateu em sua lateral, tendo caído e socorrido para ao complexo Hospitalar Dep. Janduary Carneiro, nesta cidade de Patos, onde foi constatado fratura exposta de um dos membros inferiores.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Vanessa Pereira da Silva
VANESSA PEREIRA DA SILVA

CA170EA9E327B0F552FE145C7E462FC6

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - C/P da vítima: 083744794-65 4 - Nome completo da vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

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 PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 083744794-65
7 - Profissão: REVENHO 8 - Endereço: RUA MARCELO NUNES 9 - Número: 903 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LUBIAZAPES 12 - Cidade: PATOZ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 991319273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar o número da agência)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 355 992 0
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: _____
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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Caso de Pensão em favor da vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (s) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos-PB, 05/06/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 20/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANESSA PEREIRA DA SILVA

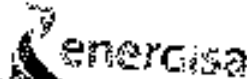
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000155992-0

Nr. da Autenticação 6198FE93F9F9C753

INSTITUTO FRANCISCO DE LIMA
RUA FLORIANO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM
FATOS: 00000-000



INSTITUTO FRANCISCO DE LIMA
RUA FLORIANO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM
FATOS: 00000-000

INSTITUTO FRANCISCO DE LIMA
RUA FLORIANO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM
FATOS: 00000-000

INSTITUTO FRANCISCO DE LIMA
RUA FLORIANO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM
FATOS: 00000-000

Jan / 2020 08/01/2020 08/02/2020

Assinatura do Cliente

Assinatura do Fornecedor

Item	Descrição	Valor	Unidade	Quantidade	Valor Total
0001	Contribuição	200,00	Real	1	200,00
0002	Adm. Financeira	4,00	Real	1	4,00
0003	Contribuição	1,00	Real	1	1,00
0004	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00
0005	Contribuição	0,00	Real	1	0,00
0006	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00
0007	Contribuição	0,00	Real	1	0,00
0008	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00
0009	Contribuição	0,00	Real	1	0,00
0010	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00

INSTITUTO FRANCISCO DE LIMA
RUA FLORIANO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM
FATOS: 00000-000

08/02/2020

Assinatura do Cliente

Assinatura do Fornecedor

Item	Descrição	Valor	Unidade	Quantidade	Valor Total
0001	Contribuição	200,00	Real	1	200,00
0002	Adm. Financeira	4,00	Real	1	4,00
0003	Contribuição	1,00	Real	1	1,00
0004	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00
0005	Contribuição	0,00	Real	1	0,00
0006	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00
0007	Contribuição	0,00	Real	1	0,00
0008	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00
0009	Contribuição	0,00	Real	1	0,00
0010	Adm. Financeira	0,00	Real	1	0,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Contribuição	200,00	100,00
Adm. Financeira	4,00	2,00
Contribuição	1,00	0,50
Adm. Financeira	0,00	0,00
Contribuição	0,00	0,00
Adm. Financeira	0,00	0,00
Contribuição	0,00	0,00
Adm. Financeira	0,00	0,00
Contribuição	0,00	0,00
Adm. Financeira	0,00	0,00

BANCO DO BRASIL
00190.00008 02824.912008 10682.566178 1 81570000022527

INSTITUTO FRANCISCO DE LIMA
RUA FLORIANO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM
FATOS: 00000-000

Assinatura do Cliente





COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200628834445

ESCRITÓRIO

PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02883444.5

MATRÍCULA

02883444.5

CLIENTE

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:

081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

29/06/2020

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA ANTONIO BARRETO, 041 - JATOBA PATOS PB 58707-210

FATURA

06/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2020 -	1	04/2020 -	1
03/2020 -	6	02/2020 -	1
01/2020 -	2	12/2019 -	1
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	2	H 30 5332	

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
73	73	2	33	0,07
15/05/2020	17/06/2020	NºHm: Y18F162170		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE AGUA

2 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

2 M3

30,33

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2020

1,37

JUROS DE MORA 04/2020

0,27

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

TOTAL

R\$

69,88

SENHORES USUARIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19

(CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PUBLICO PARA OS CANAIS

VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2020

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,73	Cor Aparente	9,50	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,40	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 29/06/2020



MATRÍCULA

02883444.5

INSCRIÇÃO

075.010.405.0064.000

FATURA

06/2020

NÃO RECEBER APÓS

30/06/2021

VENCIMENTO

29/06/2020

VALOR

R\$

69,88

GRUPO: 560

FIRMA: 2

82670000000-1 69880010075-3 02883444501-8 06202030003-4

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.reguladoralider.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

Capitales e grandes metrópolis: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para redemções e guias): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas 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 145/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.suscep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DDOORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20536>

A Circular SUSEP 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 COAP.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS — SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ANUIDADE, 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 SUSCETAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.643/98.

Pelo exposto, eu JOSE WELINGTON NUNY BANDEIRA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 042629554, 23 na qualidade de Proctorador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

VANESSA PEREIRA DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.744.799-65

do sinistro de DPVAT cobertura INVADEZ da vítima VANESSA GEMELLI DA SILVA.

Inscrita (a) no CPF sob o Nº 081.744.794, 65, conforme determinação da Circular SUSEP 445/12:

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

 Recycle, Informar

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

Endereço: RUA ANTONIO BANETO		Número: 42	Complemento: CASA
Bairro: MONTE CASTELO	Cidade: TATÓJ	Estado: PB	CEP: 58407-180
E-mail:			Tel. (DDD): 83/98131-7278

Local e Data: ... Paroí-PB, 05/04/2020 ...

Maez Washington runs Jamaica

Assinatura do Declarante

FICHA DE INTERNAÇÃO

AQUÍ

INTERNAÇÃO	89840	PRONTUÁRIO	45168
DATA	19/01/2020	HORA	20:17
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	WRAMALHO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	VANESSA PEREIRA DA SILVA	IDADE	30a 9m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	ANA MARIA PEREIRA DA SILVA		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO BEZERRA DA SILVA		
CIDADE	PATOS	PB	56703195
ENDEREÇO	TRAVESSA ODON NOGUEIRA 392		
BAIRRO	LIBERDADE		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE		CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	04/04/1989	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	VENDEDORA

RESPONSÁVEL VANESSA PEREIRA DA SILVA Ass. Resp./Paciente Polícia existiva Pereira da Silva

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

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando fratura de osso da perna D e fratura exposta em pé D.

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

Apresenta dor, deformidade e limitação em M.D.

Dr. Leonardo Monteiro
Otorrinolaringologista
CRM 120120/120120

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Fratura de M.D. CID _____

DADOS DA SAÍDA	Data	21/01/20	Hora	07	H	00	Mín
MOTIVO	() Alta Curado	(X) Alta Melhorado	() Alta a Pedido				
	() Transferência	(X) Evasão	() Óbito				
MÉDICO/CRM							

Nome do Paciente:

Vanessa Pereira da Silva

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

19/01/2020

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Leonardo

1º Auxiliar:

Dr. Fernando Lucá

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Jilchison

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré- Operatório:

Fratura exposta de pé D + Fratura de diafrase da tíbia D.

Tipo de Cirurgia:

Fixação de fratura da perna e pé + limpeza cirúrgica

Diagnóstico Pós- Operatório:

U mesmo

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia raquimedular
- 2) Anestesia e Antissepsia
- 3) Colocação de garrote
- 4) Limpeza extensiva
- 5) Posição de campos cirúrgicos
- 6) Incisão em região medial do MID
- 7) Visualização da face da fratura e redução
- 8) Colocação de placa DCP em tíbia D com 3 parafusos distais e 3 parafusos proximais
- 9) Fechamento por planos com Vicryl 3.0 + Nylon 2.0
- 10) Redução de fratura de 1ª metatarso + fixação com K.
- 11) Perda de continuidade de tendões extensores dos dedos do pé D, impossibilitando a flexão
- 12) Sutura por planos em pé D
- 13) Limpeza de FO
- 14) Curativos

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Leonardo Rodolfo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4018 - RJ - 1210

PACIENTE: <u>Vanessa Pereira da Silva</u>				
QT:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>30</u>	REGISTRO: <u>45168</u>
CIRURGIA: <u>Int estom frot vesp MED</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr Leonardo</u>	
ANESTESIA: <u>Raqui</u>			ANESTESISTA: <u>Dr Giliadon</u>	
INSTRUMENTADORA:		DATA: <u>19/06/2020</u>	INÍCIO: <u>22:10</u>	FIM: <u>24:00</u>



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
8	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
8	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
8	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>pinocia</u>	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Haloteno	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestosin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	8	Esparadrapo
	Etodimidade		Xilocaína Gel
	Ketalar	8	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	8	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão ortopédico <u>Algodão ortopédico</u>
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropine		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Doxil <u>doxanetap</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plast <u>ondostap</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tiletal		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 s/ agulha <u>nylon 3.0</u>		Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 s/ agulha <u>nylon 3.0</u>		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: KMP Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário 45228 Data 29/01/20

Nome: Vanusa Pereira da Silva

Sexo: ☒ Feminino ☐ Masculino Idade: 30 Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: B

Data Nascimento: ____/____/____ Pressão Arterial Pulso: 120/80 60 Respiração: 20

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Diagnóstico: Exat: UTM

Aparelho Respiratório: sem Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: sem Eletrocardiograma: sem

Aparelho Digestivo: sem Dentes: _____ Pacoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: consciente Alaxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Exat: UTM Estado Físico: sem Risco: sem

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Tempo	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60
Respiração																														
Pulso																														
Pressão																														
Temperatura																														
Observações																														

INDUÇÃO

Satisf. ☐ Excit. ☐ Tosse ☐

Laringo Espasmo ☐ Lenta ☐

Náuseas ☐ Vômitos ☐

Outros: _____

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim ☒ Não ☐

Não, porque? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO ☐

Obstr. ☐ CO2 ☐ Excit. ☐

Náuseas ☐ Vômitos ☐

Outros: _____

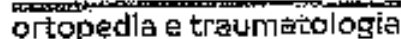
Com cânula para o leito sim ☐ não ☐

Posição: DE

Agentes: propofol 15 mg e morfina 5 mg

Técnica: região umbilical Operação: Exat: UTM

Cirurgião: Leandro Anestesiista: _____



☐ Селха Фіха

Nº

Materials Médico Hospitalar EREU

NF №

Prontuário

Hospital

Vendedor

Porcentaje

ଦିନ

Médico

Institutendaten

Convênio

Procedimento

COND. DE PAGAMENTO

YOTAM

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbó - Camaragiba/PE - CEP 54765-138

PHONE: (81) 3129-2456

E-mail: zromas@14@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 6574749-07

1ª Via Brejo - Faturamento | 2ª Via Amaro - Hospital | 3ª Via Rod - Comerciário

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Nome do Paciente Valéria Pereira da Silva RG _____

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

Data da realização ____/____/____

1. fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.

2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Pai(s) _____ de _____ de _____

Valéria Cristina Pereira da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

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

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 89848 PRONTUÁRIO 45168
DATA 19/01/2020 HORA 20:17 OPERADOR WRAMALHO
MÉDICO LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO
PACIENTE VANESSA PEREIRA DA SILVA IDADE 30a 9m

RESUMO CLÍNICO:

1.º atendimento - 2.º atendimento -
3.º atendimento - 4.º atendimento -

DIAGNÓSTICO: Trauma de membro superior direito - (1) e Trauma de membro superior esquerdo - (1) (fechado)

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Intervenções com placa e parafusos (1)
Parafusos 11 fios = 12" no braço (1)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Evitar movimentos bruscos e esforços - Retorno em 15 dias

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 19 DE 01 DE 2020

HORA DA ALTA MÉDICA: 20:17

Dr. Gaudêncio Mendes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Hospital Regional de Patos - RX

000000644245

65 %

El_s:246

000000644245

65 %

El_s:751



Pê Lateral

20/Jan/2020 16:40:19

Pê Os/Dx/1s Pê: Ap

20/Jan/2020 16:16:59

00000006265

VANESSA PEREIRA DA SILVA, *4/Abr/1989



D

Hspita Regional de Patos - RN

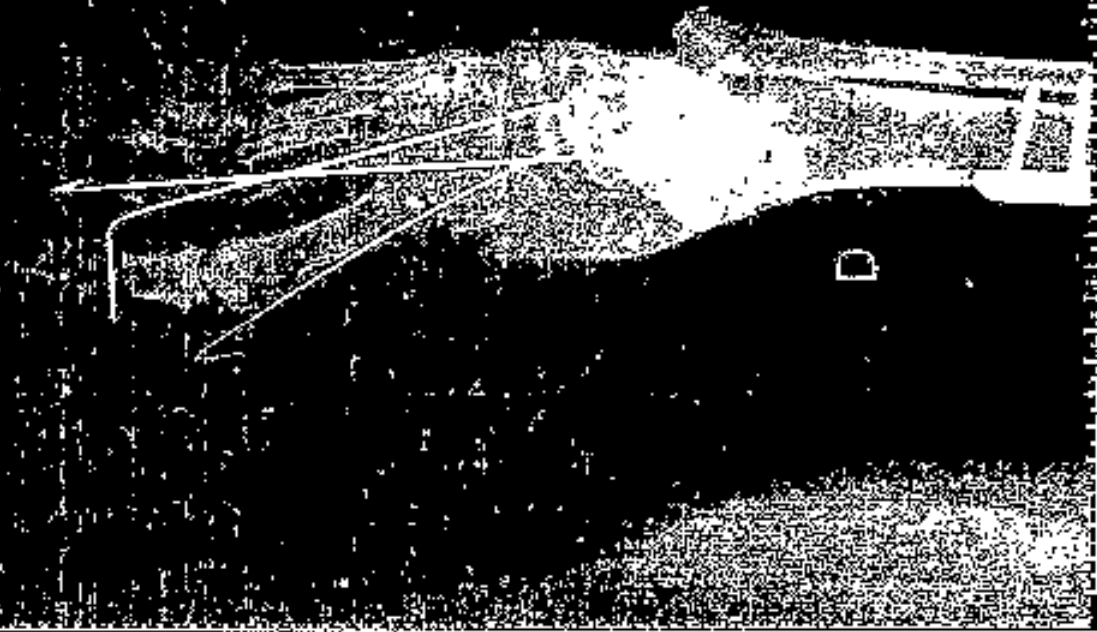
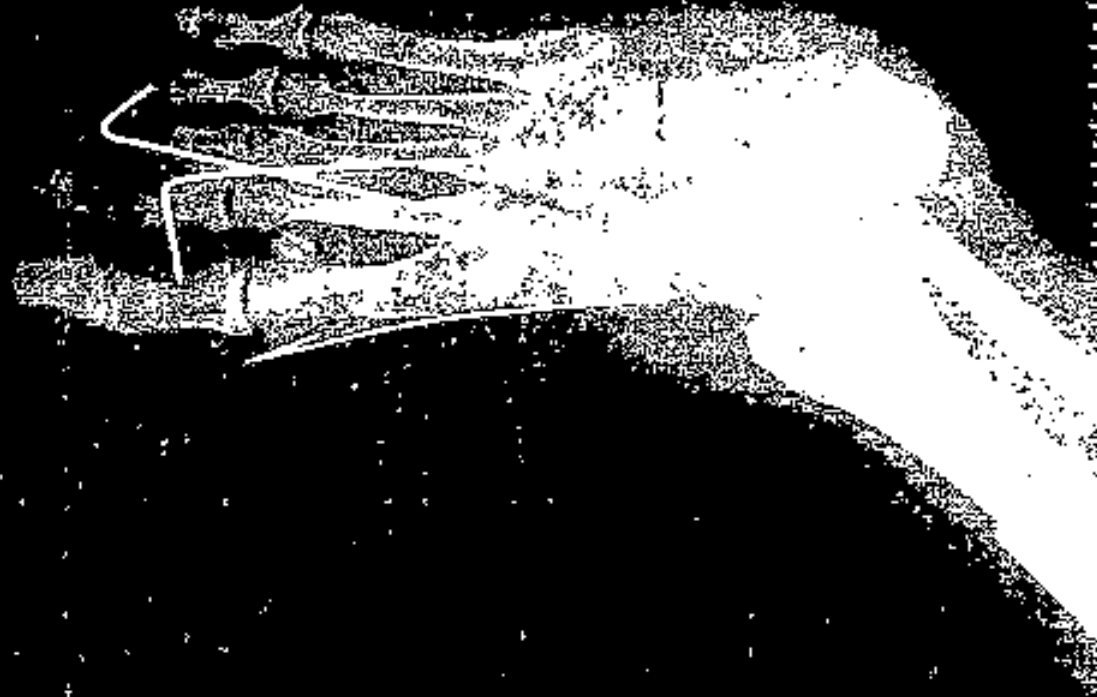
000000004245

42-36

EL 81308 000000004245

50 %

EL 52023



20/Jan/2020 16:44:15

Pé. Collique

25/Jan/2020 15:45:12

0000000036255

VANESSA PEREIRA DA SILVA, *4/4.br/1989



Nome: VANESSA PEREIRA DA SILVA Data (Nasc.):
Hospital Regional de Pulo do Jacuhy Carneiro

Id. Paco

19/01/2020 20:02:00

111.5 %

Hospital Regional de Patos - RX

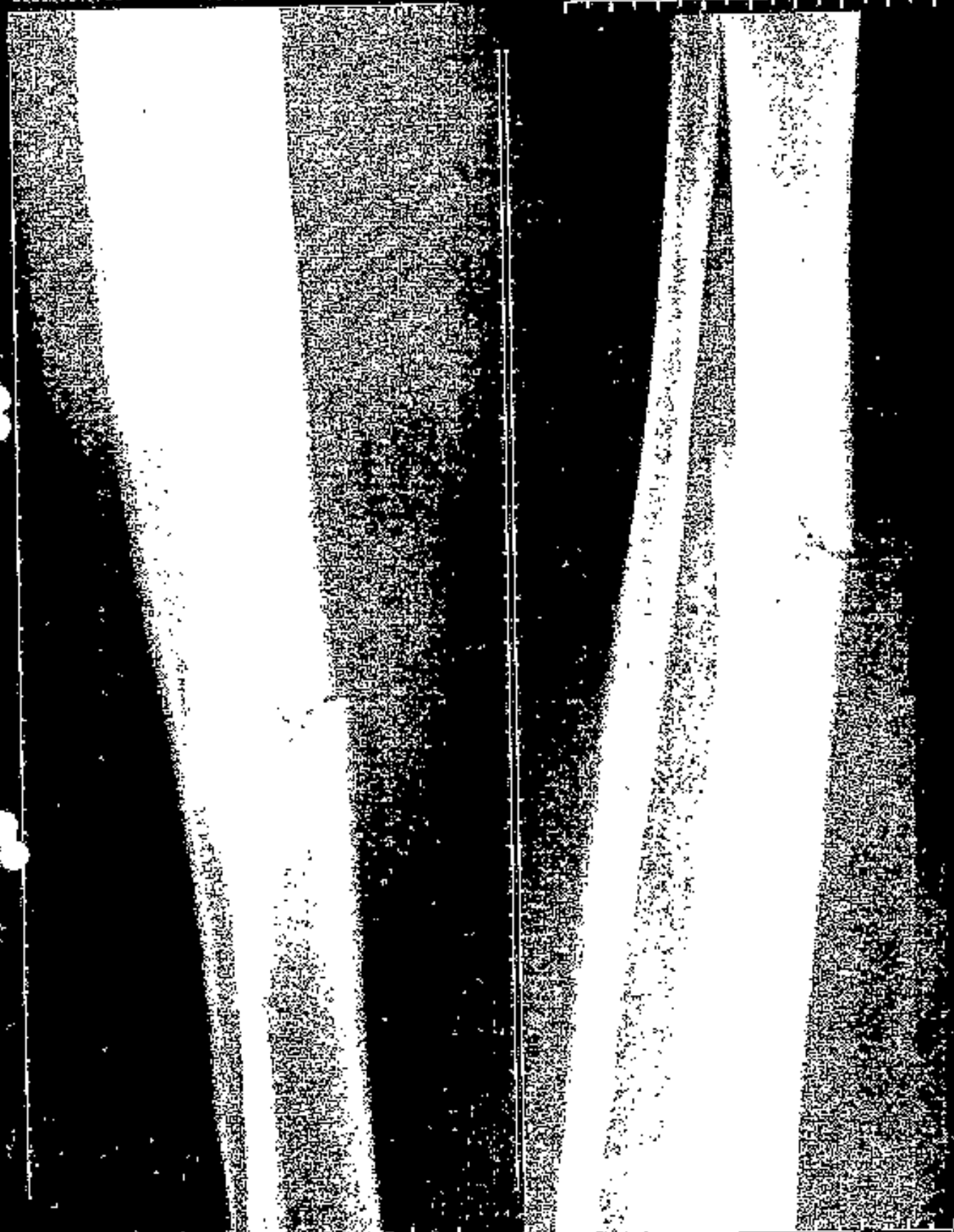
000000642750

98%

El_s:65 000000642750

98%

El_s:65



Tórax, Lateral

19/Jan/2020 13:25:24

Tórax, Lateral

19

19/Jan/2020 13:25:24

000000086285

VANESSA PEREIRA DA SILVA, *4/Abr/1989

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) Vanderlei Pereira de Fátima

portador(a) da identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10
S82.2

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (90) dias, a
partir desta data. (movimento)

Patos, 21/10/20

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo o(a) Dr.(a) _____

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao processo de atendimento

Rua Horácio Nóbrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone 83 3423.2241

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 89840
DATA 19/01/2020 HORA 20:17 PRONTUÁRIO 45168
MÉDICO LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO OPERADOR WRANALHO
PACIENTE VANESSA PEREIRA DA SILVA IDADE 30a 9m
RESUMO CLÍNICO:

15 dias - da fratura -
sem MIO

DIAGNÓSTICO: fratura exposta húmero ① e fratura distal de rádio ② (fechada)
CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
- Determinante com placa e parafusos húmero ①
- Fixação 11 fios = 12" em rádio ②.

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Curativo diário + Reparo + Retorno 11 15 dias

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar
() Transferência para

PATOS/PB, 21 DE 01 DE 2020
HORA DA ALTA MÉDICA: 07:00h



Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PB

NOME
JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2695763 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
042.629.554-43 14/08/1981

FILIAÇÃO
GERALDO BARBOSA
CLAUDINO
MARIA DA GUIA NUNES
BARBOSA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04264568135 23/05/2022 27/12/2007

OBSERVAÇÕES

Jose Wellington Nunes Barbosa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
26/05/2017

Assinatura

ASSINATURA DO EMISSOR

14800564630
PB034694013

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1474594799

PROIBIDO PLASTIFICAR

1474594799

3408815-45 JAN 2015

VANESSA PEREIRA DA SILVA

Francisco Bezerra da Silva
Ana Maria Pereira da Silva

Patos-PB **03.04.1989**

Cert. Nasc. N°3296, Fls. 224v,
Liv. A-02, Cart. de Patos-PB

Vanessa Pereira da Silva

121171186-2

CPF

03.04.1989

121171186-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P. 236

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA SCIENTIFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisco Bezerra da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ATTENTION

05151661469 QSC9693/PB
3C25C4830KR117923

PAS/MOTONETA/NAO APPLIC ALCO/GASOL

HONGDA/E 12 128

2 5/124 /CI PARTIC CINZA

12

P		CALCULATOR	20
V	-EATING	()	30
X	※※※※※※※※		

*****1 SEGURO F A 0 0 29/03/

A.F. ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA

0

01/04

92231

REGULAMENTO DE CONCURSO PARA O EMPREGO DE
PROFESSOR DE EDUCAÇÃO INFANTIL E FUNDAMENTAL
TRANSPORTES DO NAO ALGUMOPRIMA

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176
 DEPARTMENT OF JUSTICE
 FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
 WASHINGTON, D.C. 20535
 MAY 1968

2019 01/04/2019
05151661469 09094893/PB

01186361997 HONDA/ETZ 125

2019 9 6C23C4810KR117923

PREMIO TARIFARIO

SECRET

29/03/2019

SECURITY INDEX - OPVAT

42251-1119446-20190401

42231 11111

6102-173

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241971 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA;
FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: VANESSA PEREIRA DA SILVA, CPF 083.744.794-65 e RG 3408835, Órgão emissor JF-PB, Est. RECUJO, profissão RECUJO, Endereço RUA MARLUCE NUNES, 906 bairro LEGENDA DE cidade de PATOS - PB, CEP nº 58400-000.

OUTORGADO: JOSÉ WELINGTON NUNES BARBOSA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG 2695763 SSP/PB e CPF nº 042.629.554-43, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

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

VÍTIMA: VANESSA PEREIRA DA SILVA.
CPF: 083.744.794-65, data acidente 29/01/2020,
cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DADS () Morte

Local e data: PATOS-PB 05/06/2020

Vanessa Pereira da Silva
OUTORGANTE

RECONHECIDA FIANÇA POR AUTENTICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189456/20

Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

CPF: 081.744.794-65

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2020

Titular do CPF: VANESSA PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA : 042.629.554-43

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

VANESSA PEREIRA DA SILVA : 081.744.794-65

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: 08/07/2020
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241971 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA;
FRATURA EXPOSTA DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE 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