

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do documento ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
081 744 794-65 VANESSA RENATA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: VANESSA RENATA DA SILVA	6 - CPF: 081 744 794-65		
7 - Profissão: LEVAD	8 - Endereço: RUA MANUEL NONES	9 - Número: 903	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LEME	12 - Cidade: PATO BRANCO	13 - Estado: PR	14 - CEP: 88700-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (43) 39913192-73		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo: Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____
AGÊNCIA: 0043 (Informar o dígito da agência)	CONTA: 355 992 (Informar o dígito da conta)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de Indenização/embolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para a 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vôivo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	30 - Vítima deixou maduro (faixa etária)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve lesões? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha lesões, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	33 - Vítima deixou pais/vôos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário recolhida/colada	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)	36 - 12   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)	39 - 24   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

40 - Local e Data: 2003-05-10 6/2012

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (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, proximo ao Detran, quando foi trancado por um veiculo de cor preta que bateu em sua lateral, tendo caido e socorrido para ao complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos, onde foi constatado fratura exposta de um dos membros inferiores.

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

*Vanessa Pereira da Silva* CA170EA9E327B0E552FE145C7E462FC6

VANESSA PEREIRA DA SILVA

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](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br), Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@scds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@scds.pb.gov.br).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do documento ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
081 744 794-65 VANESSA RENATA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: VANESSA RENATA DA SILVA	6 - CPF: 081 744 794-65		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: RUA MANUEL NONES	9 - Número: 903	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Lote 1000	12 - Cidade: PATO BRANCO	13 - Estado: PR	14 - CEP: 88700-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (43) 3299-3192/23		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómente para os behens de vítima. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (só para bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____
AGÊNCIA: 0043	CONTA: 355 992
(Inserir no dígito da conta)	(Inserir no dígito da conta)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de Indenização/embolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para a 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vôivo	24 - Data da óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(s):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	30 - Vítima deixou maduro (faixa etária)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve lesões? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha lesões, informar vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	33 - Vítima deixou pais/vôos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo 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 recolhida/colada	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 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				40 - Local e Data: 04/03/89 OS 106/2020 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
				41 - 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

energisa

- ERNST MONCHENBERG  
Gesetz: REINHOLD MESSMER/ALBERT HÖLZLE  
Titel: „... und Böhmen“  
Herausgeber: DEMETRIUS 2013

Jan 7 2020 08/01/2020 08/02/2020

Активация 13%: подтверждение факта наличия инфекции; подтверждение факта наличия инфекции

Номер	Наименование	Код	Номер	Наименование	Код
0801	Семинарский		0802	Конференц	
0803	Муз.дивизия		0804	Концертный зал	
0805	Симфонический		0806	Концертный зал	

2010 California Clean Energy Jobs Act TOTAL  
Renewable Energy 15,945,600 200,000 300,000 0 0 0 0 0 0

5529.3b9.3aDc c736 1561.17a1 84-2 7-20

Composição do Orçamento		
Descrição	Valor	%
Salário de Cada Funcionário	R\$ 150,00	100,00%
Salário Fixo	R\$ 150,00	100,00%
Salário Fixo	R\$ 150,00	100,00%
Salário Fixo	R\$ 150,00	100,00%
Salário Fixo	R\$ 150,00	100,00%
Salário Fixo	R\$ 150,00	100,00%
<b>Total</b>	<b>R\$ 750,00</b>	<b>100,00%</b>

743402 142044 812008 10682566178 1 81570000022527  
743402 142044 812008 10682566178 1 81570000022527  
14.04.2008 14:20:44 812008 10682566178 1 81570000022527  
14.04.2008 14:20:44 812008 10682566178 1 81570000022527

1999-2000 LANGUAGE PROFICIENCY TEST

Digitized by srujanika@gmail.com on 10/04/2013

11. *What is the best way to increase the number of people who use a particular service?*

11. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 11)





**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**

<b>MATRÍCULA</b> 02883444.5	<b>CLIENTE</b> JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA	<b>CPF/CNPJ:</b> 081.XXX.XXX-XX	<b>CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO</b> 02883444.5																																			
		<b>VENCIMENTO</b> 29/06/2020																																				
<b>INSCRIÇÃO</b> 075.010.405.0064.000	<b>ENDEREÇO DO IMÓVEL</b> RUA ANTONIO BARRETO, 041 - JATOBA PATOS PB 58707-210		<b>FATURA</b> 06/2020																																			
<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>ENDEREÇO PARA ENTREGA</b>		<b>ÁGUA</b> LIGADO																																			
			<b>ESGOTO</b> LIGADA																																			
<b>ÚLTIMOS CONSUMOS</b>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th><b>LEITURA</b></th> <th><b>CONSUMO</b></th> <th><b>CONSUMO/DIA</b></th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>(M<sup>3</sup>)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05/2020 -</td> <td>1</td> <td>04/2020 -</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>03/2020 -</td> <td>6</td> <td>02/2020 -</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>01/2020 -</td> <td>2</td> <td>12/2019 -</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ECONOMIAS</td> <td>CONS. POR ECONOMIA</td> <td>COD. AUXILIAR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>H 30 5332</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				<b>LEITURA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>CONSUMO/DIA</b>			ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> )	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		
		<b>LEITURA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>CONSUMO/DIA</b>																																		
		ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> )																																		
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																																				

<b>Descrição dos serviços e tarifas</b>		<b>Consumo por faixa</b>	<b>Valor R\$</b>
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			
		<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b> 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.seguradoralider.com.br](http://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 Olívio Doria: 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/BLIBLIOTECAWEB/DOCDOMINIAL/ASPEX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE, VISUALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA MINISTÉRIO, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO, <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS ODEIRENCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES JURÍDICAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, JOSE WELLINGTON NUNES BANDEIRA.

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 042 629 554, 43 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

VANESSA PEREIRA DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081-744-799 65

do sinistro de DPVAT cobertura INVAZÃO da Vítima VANESSA PEREIRA DA SILVA.

Inscrito (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:

Recuso, informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junta à 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: <u>Rua Antônio Nunes Bandeira</u>	Número: <u>101</u>	Complemento: <u>ap 402</u>
Bairro: <u>Monte das Oliveiras</u>	Cidade: <u>PARAÍBA</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:		CEP: <u>58407-160</u> Tel.(DDD): <u>(83) 99139-7272</u>

Local e Data: PARAÍBA, 05/02/2020

Jose Wellington Nunes Bandeira

Assinatura do Declarante

## FICHA DE INTERNAÇÃO

AN 02

INTERNAÇÃO	89840	PRONTUÁRIO	45168
DATA	19/01/2020	OPERADOR	WRAMALHO
OCORRÊNCIA	URGENCIA		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO 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		
ELEFONE		CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	04/04/1989	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	VENDEDORA

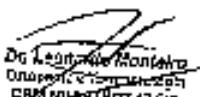
RESPONSÁVEL VANESSA PEREIRA DA SILVA Ass. Resp./Paciente *Vanessa Pereira da Silva*

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

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando fratura de ossa 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 MÍD.*

  
Dr. Leonardo Monteiro  
Operário e Empresário  
CRM-PB 102122

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fratura de MÍD*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 21/01/20Hora 07 H 00 Min

MOTIVO

Alta Curado  Alta Melhorado  Alta a Pedido  
 Transferência  Evasão  Óbito

MÉDICO/CRM

Nome do Paciente:

Janaina Pereira da Silveira

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

19/11/2000

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Dr. Leonardo

1º Auxiliar:

Dr. Fernando Luís

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Dr. Júlio César

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

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

Tipo de Cirurgia:

Fixação de fratura da perna e pé + limpeza cirúrgica

Diagnóstico Pós-Operatório:

Úmido

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia regional
- ② Anéstesia e Antissepsis
- ③ Colocação de gato e
- ④ Limpeza cirúrgica
- ⑤ Preparação de campos cirúrgicos
- ⑥ Incisão em região medial do MTD
- ⑦ Visualização do foco da fratura e redução
- ⑧ Colocação de placas 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 do 1º metatarso + fixação com fixa K
- ⑪ Perda de continuidade de tendões extensores dos dedos distais do pé D, impossibilitando a tenacização
- ⑫ Sutura por planos em pé D
- ⑬ Limpeza de FO
- ⑭ Cautivo

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

PACIENTE: Comessa Pereira da SilvaQT.: 1 LEITO: CONVÉNIO: SUSIDADE: 30REGISTRO: 45168COMPLEXO  
HOSPITALAR  
REGIONAL  
DE JANDIÚA-GUARIBACIRURGIA: fract eng fract exp MEDCIRURGÃO: Dr. LeonardoANESTESIA: PropofolANESTESISTA: Dr. Giliedson

INSTRUMENTADORA:

DATA:

19/01/2010

INÍCIO:

08:10

FIM:

24h00

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## 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 Cárdo-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
X	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Seta	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocaín <u>pranácia</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilostesina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	8	Espadrapo
	Etodimida		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovatina 0,5%	6	PVPITintura
	Dimorf	X	Gases
	Tanexat 0,5 ml	5	Algodão Alveolar <u>bio Kishimoto</u>
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufonta		Vaseline Estéril
	Diazepam	1	Ajulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal <u>aziranatoxop</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastit <u>gycodestimp</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esperin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Ajulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha <u>retinal 3.0</u>		Polycot 2-0 c/ agulha
	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: \_\_\_\_\_ N° Prontuário: 45269 Data: 19/01/2023

Name: Vincent Pierre de Silesse

Sexo: (  ) Feminino (  ) Masculino Idade: 39 Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: B

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pressão Arterial Pulso: 142/70 447 Respiração: 21 F/M

Temperatura: 36 °C Tipo Sanguíneo: A Hemáticas: 7 Hemoglobina: 7

Hematócitos:    Glucemia:    Uréia:    Outros:

Final Exam: 8 PM

Varrelho Respiratório: Não Asma: Sim Bronquite: Sim

aparelho Circulatório: ajudar      Eletrocardiograma: ajudar

Aparato Digestivo: funciona Dentes: 28 Peçoço: 1 Aparato Urinário: funciona

Estado Mental:    Ataroxicos:    Corticoides:    Alergia:    Hipotensores:

Diagnóstico Pré Operatório: hérnia de hiato Estado Físico: +C Risco: F

Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_

Medicação Pré-Anestésica: \_\_\_\_\_ Aplicada às: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_

Indução

Ind. 02

Álcool 500, 520, 550 -

250, 280, 300, 320, 340, 360, 380, 400

250, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

IM. ARTERIAL, respi. e CO<sub>2</sub> -  
Vit. - Anest. e Est. Operatória

Expiratória

Ordem de doses (cif)

Presentações (cif)

Expiratória (cif)

INDUÇÃO

Satisf.  Exit.  Tosse

Laringo Espasmo  Lenta

Náuseas  Vômitos

Outros

MANUTENÇÃO

Anestesia Satisf. Sim  Não

Não, porque?

DESPERTAR

Reflexos na SO

Obstr.  CO<sub>2</sub>  Exit.

Náuseas  Vômitos

Outros

Com cânula

Observações: ameaça paciente, inicia, ag. 250, mas se manteve, ameaça, ag. 340, mas se manteve, ameaça, ag. 360, mas se manteve.

Posição 004

Acute: except over 15 min, to <sup>PO</sup> morphine ~~intravenously~~

Operação: Frete car. fret+ segante M



ortopedia e traumatologia

## Materials Médico Hospitalar EIREL

0007017

### DATA FLOW

### Caixa Fixa

## PEDIDO DE VENDAS

Nº

Nº

NF  $\in \mathbb{Z}^d$

1000

## Prontuário

1000 51

### Voces de dor

Page 10

10

### Convenio

1000

Horowitz

### Prejudice

Medico

### Instrumentation

## Procedimento

**COND. DE PAGAMENTO**

TOTAL

Rua José Isidro da Silva, 24 - Bairro Timbó - Camaragibe/PE - CRP 54765-138

**PHONE: (81) 3129-2456**

E-mail: [eromasfala@gmail.com](mailto:eromasfala@gmail.com)

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Inscrição Estadual 0574749-07

## TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Nome do Paciente Waltukia Cristina 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 anestesista, 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. Confirmei que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Palos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Waltukia 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 imprevistas, bem como as consequências que poderão decorrer de recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi 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:

Exame de rotina  
exa m 20

DIAGNÓSTICO: Fractura exposta tibial (D) + Fractura distal fibula (D) (fratura)

CID-10:

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- Desbridamento com placa e favos de arroz (D)  
- Fixação com fios 18/10 em bilhar (D)

### EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

### ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Evitar banho + banho no abdômen (15 dias)

CONDICÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA  Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

DESTINO  Residência  Atendimento domiciliar

Transferência para \_\_\_\_\_

PATOS/PB, 11 DE 03 DE 2020

HORA DA ALTA MÉDICA: 07:00h

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

Hospital Regional de Patos - RX

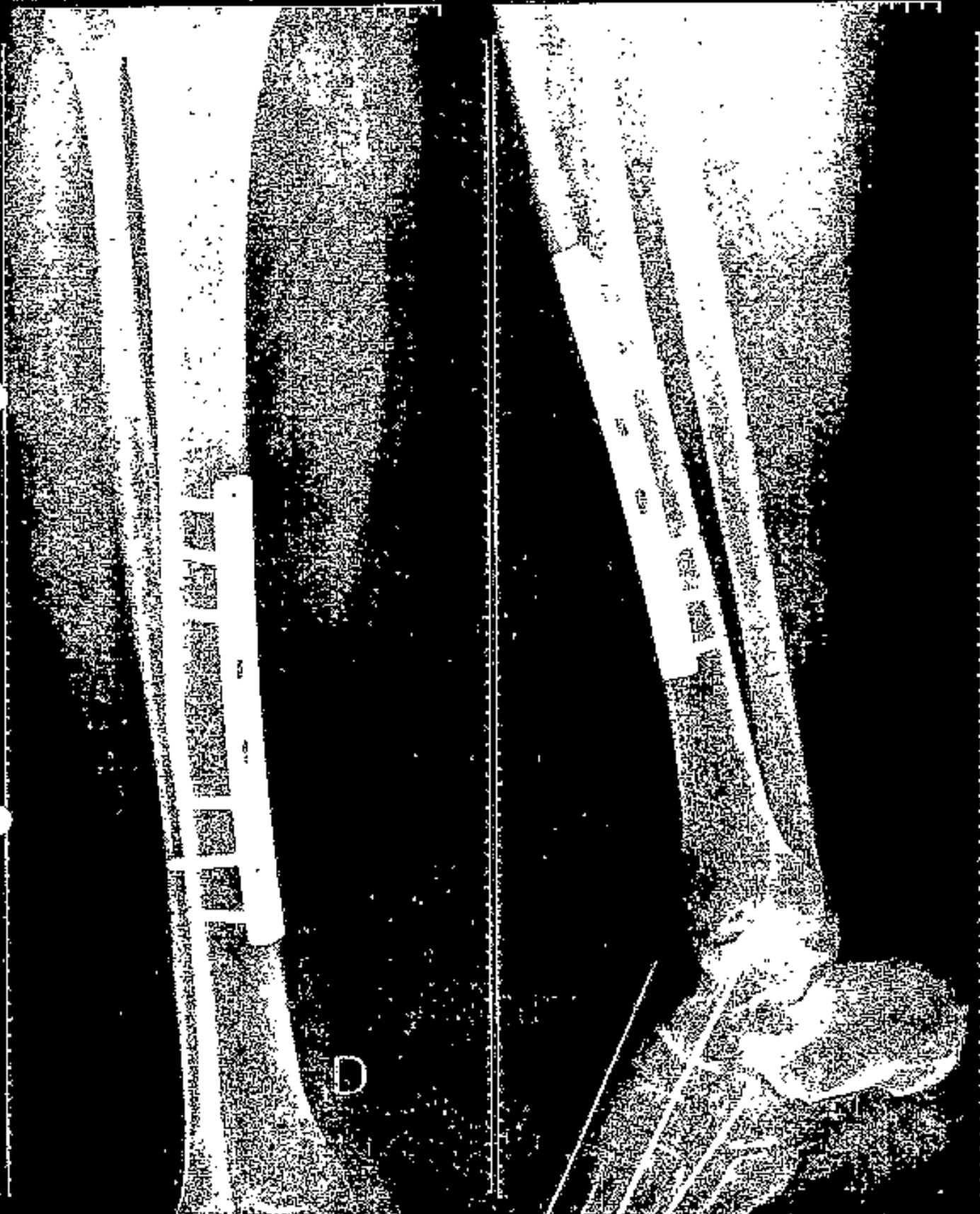
00000644245

68%

El\_s246 006000644245

65%

El\_s751



Pé Lateral

000000036285

20/Jan/2020 16:48:19 Pé Os Dof's Pé AP

VANESSA PEREIRA DA SILVA, \*4/Ab/1989

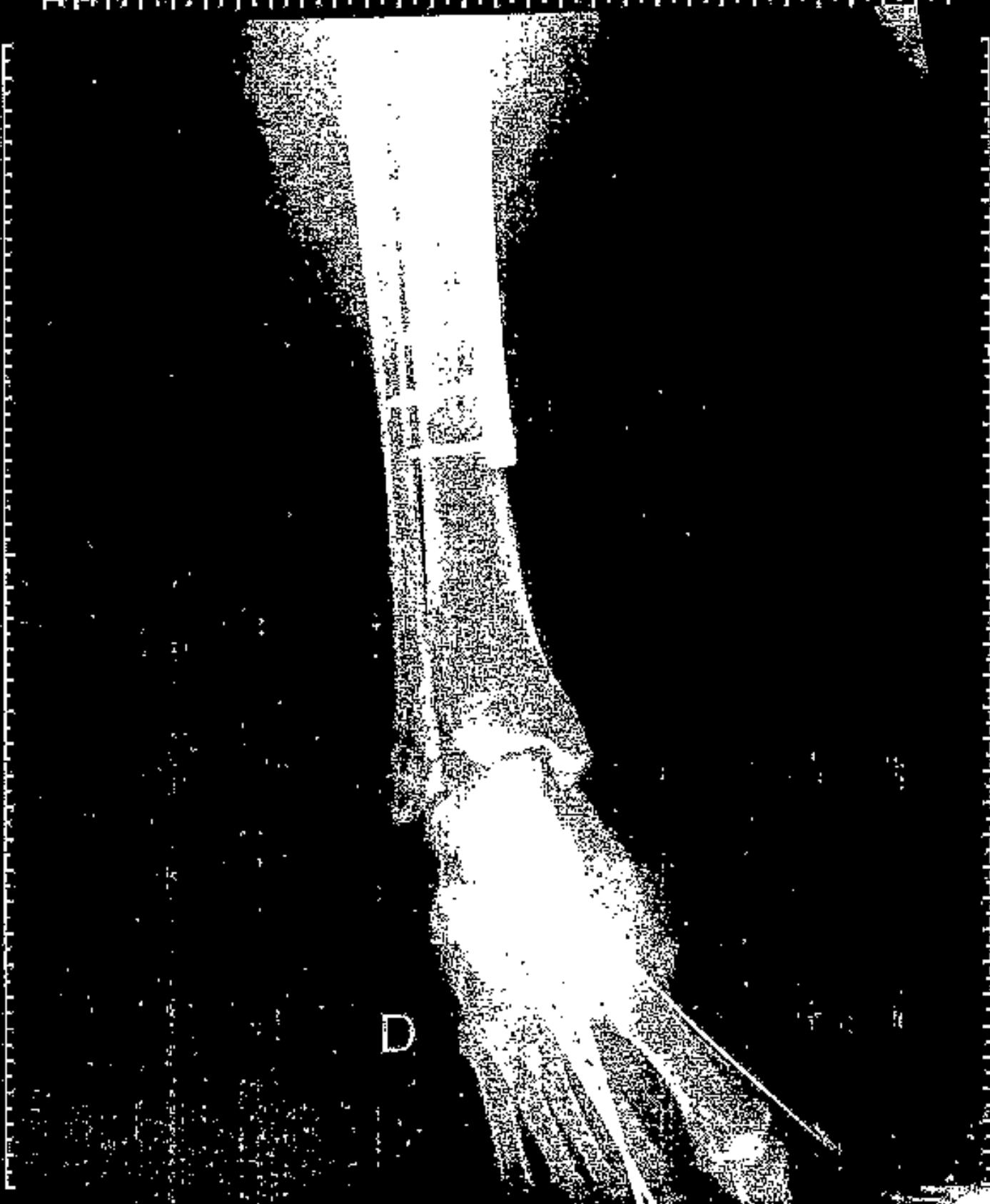
20/Jan/2020 16:48:49

Hospital Regional de Patos - RX

000000644245

67%

El\_s991

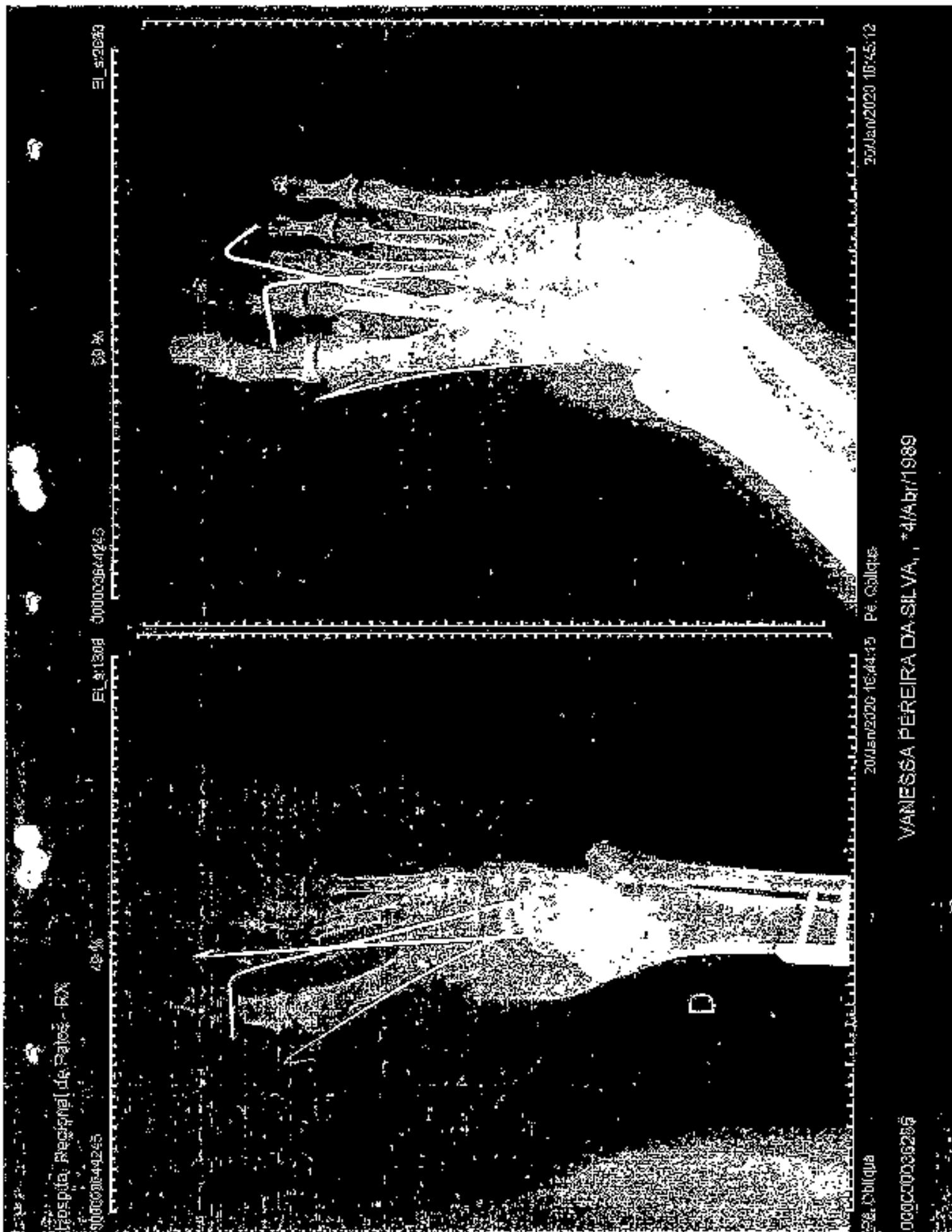


Re: AP

000000644235

MANESSA PEREIRA DA SILVA, F4/AB/1989

20/Jan/2020 10:43:00



RESPOSTA PREGOEREL DE PRAZO - FN

0000000362256

EL 9.1308 0000000362256

20%

EL 5.2083

2013/02/20 10:44:15  
Pé. Oficial

0000000362256

VANESSA PEREIRA DA SILVA, \*4/4/89/1989

2013/02/20 10:44:15  
Pé. Oficial

2013/02/20 10:45:12

Name: VANESSA PEREIRA DA SILVA Data (dd/mm/yy):

Hospital: Regional Depulário Jardim Carreiro

10, Page  
19/01/2020 20:02:00

(11.5 %)

Hospital Regional de Patoe - RX

000000643750

96%

El\_size 300000643750

96%

El\_s:65



Torsozela, Lateral

00000064386

19-Jan-2020 16:28:00 Torsozela, Lateral

VANESSA PEREIRADA SILVA, \*4/4br/1989

19-Jan-2020 16:28:24

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Gaudêncio Pereira de Filho  
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  
G82.2 \_\_\_\_\_  
devendo permanecer afastado(a) de suas atividades  
laborativas por um período de (90) dias, a  
partir desta data, (menos)

Patos, 21/10/120

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

Assinatura e carimbo da(s) Médico(s)

### 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 - Reclante 2ª via - anexar ao protocolo de atendimento

Rua Horácio Nóbrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB  
Fone 83 3423.2281

## RESUMO DE ALTA

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

1º inter- da Fratura  
do M 20

DIAGNÓSTICO: Fract. exp. fratura hólix (1) + Fratura distal tib. (2) (falsa)  
CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- Osteosíntese com placas e fios furos tib. (1)
- Osteosíntese com fios =K" em hólix (2).

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Exames diários + Alívio de + Noturno (15 dias)

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA  Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito  
DESTINO  Residência  Atendimento domiciliar  
 Transferência para \_\_\_\_\_

PATOS/PB, 21 DE 03 DE 2020.

HORA DA ALTA MÉDICA: 09:00h

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



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



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1474594799

NOME  
JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2695763 SSP PB

CPF  
042.629.554-43 DATA NASCIMENTO  
14/08/1981

FILIAÇÃO  
GERALDO BARBOSA  
CLAUDINO  
MARIA DA GUIA NUNES  
BARBOSA

PERMISSÃO  
ACC CAT.HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04264568135

VALIDADE  
23/05/2022 1<sup>ª</sup> HABILITAÇÃO  
27/12/2007



OBSERVAÇÕES

*José Wellington Nunes Barbosa*

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

1474594799

LOCAL  
PATOS, PB

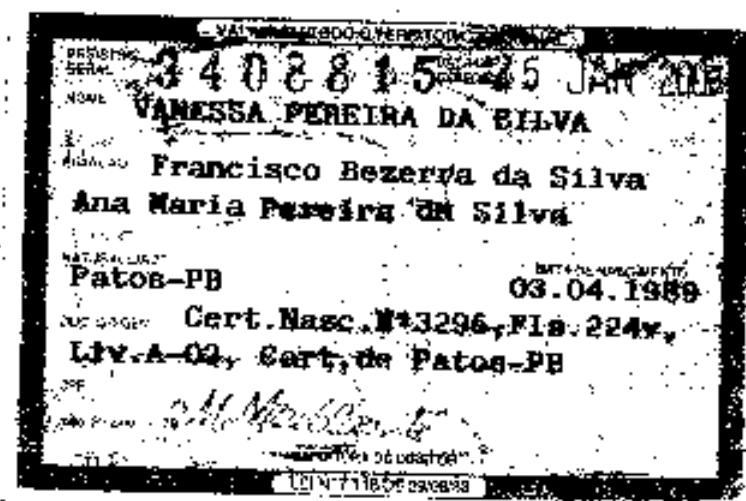
DATA EMISSÃO  
26/05/2017

*Arabela*  
Assinatura da Vice da Sra.  
ASSINATURA DO EMISSOR

14800564630  
PB034694013

PARAÍBA





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

2019 01/04/2019  
05151661469 26986937PB  
031863613997 HOWDAH EX 125  
2019 03/04/2019 0C23C4810KRL117923  
PRÉCIO TOTAL R\$0,00  
SEGUNDO PAGO  
29/03/2019

SEGURADORA LIDER - SP/AL  
00111111111111111111  
42251-11119446-20190401

# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: VANESSA PEREIRA DA SILVA, CPF 083.744.794-65 e RG 340.8835, Órgão emissor JF-PB, Est. CIVIL REUNO profissão REUNO Endereço RUA MARLUCE NUNES, 966 bairro LIBERDADE cidade de Patos - PB, CEP nº 58700-000.

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, Nomino er constituto 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 referenteao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fie e perfeito cumprimento deste mandafo, 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 DAMS Morte

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

Vanessa Pereira da Silva  
OUTORGANTE

Assinatura Firma da Autora

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189456/20

**Vítima:** VANESSA PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 081.744.794-65

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/01/2020

**Titular do CPF:** VANESSA PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>