

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200422915

Vítima: LANE SILVINO RUFINO

Data do Acidente: 06/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LANE SILVINO RUFINO

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: **LANE SILVINO RUFINO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000092969951-8**

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, 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.480.304-64 4 - Nome completo da vítima: Lame Silvino Rufino

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

5 - Nome completo: Lame Silvino Rufino 6 - CPF: 096.480.304-64
7 - Profissão: Recebe 8 - Endereço: Rua Santa Cruz 9 - Número: 510 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 55139-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 53 983056854

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 429699518

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

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

40 - Local e Data, 09/11/20
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 00445.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00445.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:53 horas do dia 18 de novembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Lane Silvino Rufino**, conhecido(a) por Lania, CPF nº 096.480.304-64, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Rita de Cássia Rufino e José Silvino Rufino, natural de São Vicente do Seridó/PB, nascido(a) em 31/01/1986 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Santa Cruz, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro Seridó, tendo como ponto de referência Próximo do Bar da Baiuca, na cidade de São Vicente do Seridó/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Santa Cruz, nº S/N, Casa Na Zona Rural, Próximo da Casa da Declarante, São Vicente do Seridó/PB, bairro Seridó; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/03/20 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESDi, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2014/2014, UF: PB, placa OXO-8824, chassi 9C2KC1680ER540526, renavam 0100402806-4, características gerais: Veículo Em Nome de Mayara Lane L. de Paiva e Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA AMBOS JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUANDO O PILOTO DO VEÍCULO BATEU NA LATERAL DE UM VEÍCULO DO TIPO AUTOMÓVEL QUE NÃO FOI IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO, SENDO QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA. SENDO QUE O PILOTO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E A DECLARANTE VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA RODRIGUES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO D.P.V.A.T. A QUE FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

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



Lucena/PB, 18 de novembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

LANE SILVINO RUFINO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.480.304-64 4 - Nome completo da vítima: Lame Silvino Rufino

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

5 - Nome completo: Lame Silvino Rufino 6 - CPF: 096.480.304-64
7 - Profissão: Recebido 8 - Endereço: Rua Santa Cruz 9 - Número: 510 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 55134-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 53 983056854

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 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. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 429699518

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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, 09/11/20
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: 08/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LANE SILVINO RUFINO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000092969951-8

Nr. da Autenticação 85C29C7FA2C40730

BOLETO PARA PAGAMENTO

Boleto para pagamento de energia elétrica
 De acordo com a Lei nº 10.683/2003
 Boletim de cobrança nº 053.165.372

DADOS DO CLIENTE:

RITA D* K* R*******

SIT SAN** CR** S* 58159000
 SÃO VICENTE DO SERIDO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1867572-8

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
NOV/2020



DATA DE VENCIMENTO
04/11/2020



CONSUMO
67 kWh



VENCIMENTO
11/11/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 55,53

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 03412.673174 9 84360000005553	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A			VENCIMENTO 11/11/2020	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			CPF 09.095.183/0001-40	
ENDEREÇO BR 230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680			AGÊNCIA/CODIGO BENEFICIÁRIO	
DATA DO DOCUMENTO 04/11/2020			NÚMERO DO DOCUMENTO 32689260003412673	
Nº DOCUMENTO 000000000-2020-11-1			VALOR DO DOCUMENTO 55,53	
ESPECIE DS			DATA DO PROCESSAMENTO 04/11/2020	
CARTERA 17			VALOR	
ESPECIE RS			VALOR DESCONTOS / ABATIMENTOS	
QUANTIDADE			OUTRAS DEDUÇÕES	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.			OUTRAS ACRÉSCIMOS	
PAGADOR RITA D* K*** R***** SIT SAN** CR** S* 58159000 SACADOR/AVALISTA			VALOR COBRADO	
CPF 047.2**.***.*			CÓD. DE BARRA	
SACADOR/AVALISTA			SACADOR/AVALISTA	



AVISO DE CANCELAMENTO

Ficha de Compensação

Stevens & Smith
PARAIBA
Superior Quality - Guaranteed

Paciente: LANE SILVINO RUFINO Idade: 034 N° ATEND: 2122130

ESPECIALIDADE: CARDIOLOGIA

SIANIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

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

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : REGUL
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVERSAR (X) INCONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGILIDADE () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRUÍDO () DISPNEIA (X) DOI () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () TIEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPITAGMALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELÊNA () SIBILLOS () TOSSE

ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor

media dor

pior da

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN
---------	------	----	----	---------	--------------------------------

DO

OBS: SAUO SAO VICENTE DO SERIDO

ENFERMEIRO/COREN
acolinamento

723.392
723.392
723.392

EXAMEN SECUNDARIO / PARECER MEDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

1. **Neurocirúrgico**

() Interregio (sector)

(Transferência) ou STOR ou HOSPITAL

(1) *Yhtä hospitalitar f* (1) *Yhteisellä*

V. C. Baccellio Médica

(continued)

Dr. José Carlos S. de Lencastre

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDÅDE

Hospital: _____ Código: _____
 Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____
 Paciente: _____ Convênio: _____
 Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____
 Cirurgião: _____ Código: _____
☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtde.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

				Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº				
	Qtde.				
	Cód.				
Parafuso Cortical () mm	Nº				
	Qtde.				
	Cód.				
Parafuso Esponjoso 4,0 mm	Nº				
	Qtde.				
	Cód.				
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/16 Curta	Nº				
	Qtde.				
	Cód.				
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/32 Longa	Nº				
	Qtde.				
	Cód.				
Parafuso Maleolar 4,5 mm	Nº				
	Qtde.				
	Cód.				

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
 Faturar N.F para: _____
 Cód. do consultor: _____ Total: _____
 Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
 Cirurgião Traumatologista
 Cirurgia do Joelho
 CRP-PA 9116 - TEOP 16253

28.10.18 not signed original

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

24.10.18 21.55.30

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Aciane Silvino Rufino com 31.03.56

QI LEITE CONVÊNIO IDADE REGISTRO

34 anos 24.2.2130

CIRURGIA *Tratamento cirúrgico de úlcera péptica com gastrectomia parcial e anastomose K+Jagner*

ANESTESIA *Algodão* ANESTESIA *Felipe Emanuel*

INSTRUMENTADORA *Isotai* DATA *06.03.2020* INICIO *20:50* FIM

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Doutor Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS CÓDIGO

Adrenalina amp	01	Bolsa Colostoma	Qtd.	Catgut cromado Sertix	CÓDIGO
Atropina amp		Cale. p/ Oxi		Catgut cromado Sertix	
Diazepam amp	06	Cale. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
Dinore amp		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
Dolantina amp		Compressa Pequena		Catgut Simples	
Efrane ml		Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
Fenegan amp		Dreno		Catgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
Inova ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
Ketalar ml	01	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
Mercaina 5% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Nubain amp		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Paralun amp		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
Protigmine amp	100	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
Protóxido 1m	100	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
Quelcin ml	100	Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak	
Rapifen amp		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
Thionembatal ml		H.O. ml		Mononylon	
Tracrium amp		Intracath Adulto		Mononylon	
		Intracath Infantil		Profene Sertix	
		Lâmina de Bisturi n° 23		Profene Sertix	
		Lâmina de Bisturi n° 11		Profene Sertix	
		Lâmina de Bisturi n° 15		Profene Sertix	
		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
		Luvas 8.5			
		Oxigênio 1m			
		Poufix			
		PVPI Dagemante ml			
		PVPI Tópico ml			
		Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
		Sonda		SG fr 500 ml	
		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
		Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral n°			
		Sterydrem ml			
		Torninha			
		Vaselina ml			
		Gelcon 18			
		Latese			
		<i>eletrodos</i>			

Qtd. MEDICAÇÕES Qtd. FIOS

Agua Destilada amp	01	Lâmina de Bisturi n° 23		Profene Sertix	
Decadron amp		Lâmina de Bisturi n° 11		Profene Sertix	
Dipirona amp		Lâmina de Bisturi n° 15		Profene Sertix	
Fibrinol amp	04	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
Fletocord amp		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
Geramicina amp		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
Glicose amp		Luvas 8.5			
Glucoc de Calcip. amp		Oxigênio 1m			
Haemacei ml		Poufix			
Heraema ml		PVPI Dagemante ml			
Kanakion amp		PVPI Tópico ml			
Lasix amp	04	Sabão Antisséptico	Qtd.	SOROS	
Medrotrinazol		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml	
Plasi amp		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
Proamina <i>deixa metaxem</i>		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
Reyvan amp <i>Rupusna</i>		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
Slupatan amp <i>Pradaxhem</i>		Sonda		SG fr 500 ml	
Cefalotina 1g <i>Pradaxhem</i>		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>Procaina 1000</i>		Sonda Nasogátrica			
<i>Demoll</i>		Sonda Uretral n°			
<i>Enxofelina</i>		Sterydrem ml			

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES Qtd. FIOS

Agua desc. 25 x 7	40 x 12				
Agua desc. 28 x 28					
Agua desc. 3 x 4.5	05				
Agua p/ queque n°					
Alcool de Enfermagem	70%				
Alcool Iodado ml					
Ataduras de Crepon	20cm				
Ataduras de Gessada					
Azul metileno amp					
Benzina ml					

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
TESTE Referência:
TIPO S / ISO 11140-1
LOTE CLS150819
VAL-15-AGO-2021
Ativável se a cor do quadrado for igual ou mais escura que a cor da seta.

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso ☐ Foco Auxíliar
☐ Serra ☐ Eletrocautério
☐ Desfibrilador ☐ Oxícapnógrafo
☒ Foco Frontal ☐ Cardiomonitor
☐ Fonte de Luz ☒ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EXPERIÊNCIA

LEITO

N.º PRONTUÁRIO

31322130

IDADE

SEXO

COR

34 anos

feminino

PESO

ALTURA

HEMOG

HEMATO

URINA

ASMA

BRONQUITE

ELETROCARDIOGRAMA

AP. GASTRICO

ALERGIA

HIPOTENSÕES

ESTADO FÍSICO

RISCOS

APLICADA

AR

E-STD

VIGILÂNCIA PRÉ-ANESTÉSICA

INDICAÇÃO

Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____

Laringo: espasmo _____ Lenta: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

Gaseolina 1g. @

Sedativa

Fricção 1g. @

chamxatona

bromatona

medicamento pessoal

Remoção 0,2

ANESTESIA SATISF. Sim ☒ Não _____

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____

Obstr. _____ Co. _____ Excit. _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Paro e Leito: Sim _____ Não _____

CONDIÇÕES

SÍMBOLOS
E
ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E
PÓS-OPERATÓRIAS

CÂNULAS

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA: SIMP



PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 185018

DATA DA CIRURGIA: 06/03/2020

Número do Atendimento: 2122160 Clín: AMARELA / Enf: 3 / Lei: 2

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LANE SILVINO RUFINO

Data da Internação: 06/03/2020

Atendimento: 2122160

Diagnostico Pré-Operatório:FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia:FLXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia:06/03/2020

Equipe:

Equipe: **Arguição: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR**
MAICNER LUIZ E DE ARAUJO

Vol. 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

AUG 2:

AUG 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesiista: FELIPE EMANUEL DE QUEIROZ FERREIRA

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

02 ASSEPSIA E ANTISSEPSE

03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 LAVADO EXAUSTIVO DE FERIMENTO COM SF(0,9%)

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DIÁFISE DE TÍBIA + FIXAÇÃO COM FIXADOR LINEAR

06 LAVADO DE FO COM SF

7 SUTURA

08 CURATIVO

Data 06/03/2020

Assimilator/Carimbo

Wagner Luiz Egito de Araujo

926 (1994-1995)

1997/10/01

01212

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO
GERAL 3-682.760 DATA DE
EXPIRAÇÃO 23/07/2008

NOME LANE SILVINO RUPINO

FILIAÇÃO JOSÉ SILVINO RUPINO
RITA DE CÁSSIA RUPINO

NATURALIDADE
SERIDÓ-PB DATA DE NASCIMENTO
31/01/1986

DOC. OP. N.º 2078 FLS. 182 LIV. A/3
CARTÓRIO S. VICENTE SERIDÓ-PB

CNPJ 096.480.304-64

LEI Nº 11.606 DE 2006/83

BRASIL
LIVRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-234

Lane Silvino Rupino

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **096.480.304-64**

Nome: **LANE SILVINO RUFINO**

Data de Nascimento: **31/01/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/07/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:20:19** do dia **06/11/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DEA0.E8AA.30B4.9B2B**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

2000 年 10 月 20 日

015455842467

STROE E CENAMINO DI VECCHIO

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

[illegible]

1. $\frac{1}{2}$
 2. $\frac{1}{4}$
 3. $\frac{1}{8}$
 4. $\frac{1}{16}$
 5. $\frac{1}{32}$
 6. $\frac{1}{64}$
 7. $\frac{1}{128}$
 8. $\frac{1}{256}$
 9. $\frac{1}{512}$
 10. $\frac{1}{1024}$

1. $\frac{1}{2}$
 2. $\frac{1}{3}$
 3. $\frac{1}{4}$
 4. $\frac{1}{5}$
 5. $\frac{1}{6}$
 6. $\frac{1}{7}$
 7. $\frac{1}{8}$
 8. $\frac{1}{9}$
 9. $\frac{1}{10}$
 10. $\frac{1}{11}$
 11. $\frac{1}{12}$
 12. $\frac{1}{13}$
 13. $\frac{1}{14}$
 14. $\frac{1}{15}$
 15. $\frac{1}{16}$
 16. $\frac{1}{17}$
 17. $\frac{1}{18}$
 18. $\frac{1}{19}$
 19. $\frac{1}{20}$
 20. $\frac{1}{21}$
 21. $\frac{1}{22}$
 22. $\frac{1}{23}$
 23. $\frac{1}{24}$
 24. $\frac{1}{25}$
 25. $\frac{1}{26}$
 26. $\frac{1}{27}$
 27. $\frac{1}{28}$
 28. $\frac{1}{29}$
 29. $\frac{1}{30}$
 30. $\frac{1}{31}$
 31. $\frac{1}{32}$
 32. $\frac{1}{33}$
 33. $\frac{1}{34}$
 34. $\frac{1}{35}$
 35. $\frac{1}{36}$
 36. $\frac{1}{37}$
 37. $\frac{1}{38}$
 38. $\frac{1}{39}$
 39. $\frac{1}{40}$
 40. $\frac{1}{41}$
 41. $\frac{1}{42}$
 42. $\frac{1}{43}$
 43. $\frac{1}{44}$
 44. $\frac{1}{45}$
 45. $\frac{1}{46}$
 46. $\frac{1}{47}$
 47. $\frac{1}{48}$
 48. $\frac{1}{49}$
 49. $\frac{1}{50}$
 50. $\frac{1}{51}$
 51. $\frac{1}{52}$
 52. $\frac{1}{53}$
 53. $\frac{1}{54}$
 54. $\frac{1}{55}$
 55. $\frac{1}{56}$
 56. $\frac{1}{57}$
 57. $\frac{1}{58}$
 58. $\frac{1}{59}$
 59. $\frac{1}{60}$
 60. $\frac{1}{61}$
 61. $\frac{1}{62}$
 62. $\frac{1}{63}$
 63. $\frac{1}{64}$
 64. $\frac{1}{65}$
 65. $\frac{1}{66}$
 66. $\frac{1}{67}$
 67. $\frac{1}{68}$
 68. $\frac{1}{69}$
 69. $\frac{1}{70}$
 70. $\frac{1}{71}$
 71. $\frac{1}{72}$
 72. $\frac{1}{73}$
 73. $\frac{1}{74}$
 74. $\frac{1}{75}$
 75. $\frac{1}{76}$
 76. $\frac{1}{77}$
 77. $\frac{1}{78}$
 78. $\frac{1}{79}$
 79. $\frac{1}{80}$
 80. $\frac{1}{81}$
 81. $\frac{1}{82}$
 82. $\frac{1}{83}$
 83. $\frac{1}{84}$
 84. $\frac{1}{85}$
 85. $\frac{1}{86}$
 86. $\frac{1}{87}$
 87. $\frac{1}{88}$
 88. $\frac{1}{89}$
 89. $\frac{1}{90}$
 90. $\frac{1}{91}$
 91. $\frac{1}{92}$
 92. $\frac{1}{93}$
 93. $\frac{1}{94}$
 94. $\frac{1}{95}$
 95. $\frac{1}{96}$
 96. $\frac{1}{97}$
 97. $\frac{1}{98}$
 98. $\frac{1}{99}$
 99. $\frac{1}{100}$
 100. $\frac{1}{101}$
 101. $\frac{1}{102}$
 102. $\frac{1}{103}$
 103. $\frac{1}{104}$
 104. $\frac{1}{105}$
 105. $\frac{1}{106}$
 106. $\frac{1}{107}$
 107. $\frac{1}{108}$
 108. $\frac{1}{109}$
 109. $\frac{1}{110}$
 110. $\frac{1}{111}$
 111. $\frac{1}{112}$
 112. $\frac{1}{113}$
 113. $\frac{1}{114}$
 114. $\frac{1}{115}$
 115. $\frac{1}{116}$
 116. $\frac{1}{117}$
 117. $\frac{1}{118}$
 118. $\frac{1}{119}$
 119. $\frac{1}{120}$
 120. $\frac{1}{121}$
 121. $\frac{1}{122}$
 122. $\frac{1}{123}$
 123. $\frac{1}{124}$
 124. $\frac{1}{125}$
 125. $\frac{1}{126}$
 126. $\frac{1}{127}$
 127. $\frac{1}{128}$
 128. $\frac{1}{129}$
 129. $\frac{1}{130}$
 130. $\frac{1}{131}$
 131. $\frac{1}{132}$
 132. $\frac{1}{133}$
 133. $\frac{1}{134}$
 134. $\frac{1}{135}$
 135. $\frac{1}{136}$
 136. $\frac{1}{137}$
 137. $\frac{1}{138}$
 138. $\frac{1}{139}$
 139. $\frac{1}{140}$
 140. $\frac{1}{141}$
 141. $\frac{1}{142}$
 142. $\frac{1}{143}$
 143. $\frac{1}{144}$
 144. $\frac{1}{145}$
 145. $\frac{1}{146}$
 146. $\frac{1}{147}$
 147. $\frac{1}{148}$
 148. $\frac{1}{149}$
 149. $\frac{1}{150}$
 150. $\frac{1}{151}$
 151. $\frac{1}{152}$
 152. $\frac{1}{153}$
 153. $\frac{1}{154}$
 154. $\frac{1}{155}$
 155. $\frac{1}{156}$
 156. $\frac{1}{157}$
 157. $\frac{1}{158}$
 158. $\frac{1}{159}$
 159. $\frac{1}{160}$
 160. $\frac{1}{161}$
 161. $\frac{1}{162}$
 162. $\frac{1}{163}$
 163. $\frac{1}{164}$
 164. $\frac{1}{165}$
 165. $\frac{1}{166}$
 166. $\frac{1}{167}$
 167. $\frac{1}{168}$
 168. $\frac{1}{169}$
 169. $\frac{1}{170}$
 170. $\frac{1}{171}$
 171. $\frac{1}{172}$
 172. $\frac{1}{173}$
 173. $\frac{1}{174}$
 174. $\frac{1}{175}$
 175. $\frac{1}{176}$
 176. $\frac{1}{177}$
 177. $\frac{1}{178}$
 178. $\frac{1}{179}$
 179. $\frac{1}{180}$
 180. $\frac{1}{181}$
 181. $\frac{1}{182}$
 182. $\frac{1}{183}$
 183. $\frac{1}{184}$
 184. $\frac{1}{185}$
 185. $\frac{1}{186}$
 186. $\frac{1}{187}$
 187. $\frac{1}{188}$
 188. $\frac{1}{189}$
 189. $\frac{1}{190}$
 190. $\frac{1}{191}$
 191. $\frac{1}{192}$
 192. $\frac{1}{193}$
 193. $\frac{1}{194}$
 194. $\frac{1}{195}$
 195. $\frac{1}{196}$
 196. $\frac{1}{197}</$

100
 100
 100
 100
 100

11

2

4

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1. $\frac{1}{2}$
 2. $\frac{1}{3}$
 3. $\frac{1}{4}$
 4. $\frac{1}{5}$
 5. $\frac{1}{6}$
 6. $\frac{1}{7}$
 7. $\frac{1}{8}$
 8. $\frac{1}{9}$
 9. $\frac{1}{10}$

5
Chenab

10

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OXO8824

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2020
 Proprietário: *****
 Placa: OXO8824
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2014
 Ano Modelo: 2014
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 30/06/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 06/11/2020
 Vs.2020.2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VR	COG. REG. VPM	PLA	EXERCÍCIO
			2020
NOME / ENDEREÇO			

PLACA		PLACA	
OXO8824			
PLACA ANT.		PLACA	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG150 FAN ESDI		2014 2014	
CAP. POT. CIL.		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
30/06/2020		1ª	
PAGA I.P.T.A.		PARCELAMENTO COTAS	
		2ª	
		3ª	
PREMIO LICENCIAMENTO		PREMIO TOTAL PREMIO LICENÇA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
MUNICÍPIO		DATA	
CAMPINA GRANDE		06/11/2020	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422915 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LANE SILVINO RUFINO **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA E FÍBULA ESQUERDO. P1,4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422915 **Cidade:** São Vicente do Seridó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LANE SILVINO RUFINO **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA E FÍBULA ESQUERDO. P1,4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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-0336122/20

Vítima: LANE SILVINO RUFINO

CPF: 096.480.304-64

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LANE SILVINO RUFINO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LANE SILVINO RUFINO : 096.480.304-64

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: 24/11/2020
Nome: LANE SILVINO RUFINO
CPF: 096.480.304-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

LANE SILVINO RUFINO

MARCELA DO CARMO DE LIMA