



Número: **0832881-05.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LANE SILVINO RUFINO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44943 579	24/06/2021 14:45	<a href="#">Petição</a>	Petição
44943 582	24/06/2021 14:45	<a href="#">2780465_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
44943 583	24/06/2021 14:45	<a href="#">2780465_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 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](http://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: 096480304-64 4 - Nome completo da vítima: Liane Silvana 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: Liane Silvana Rufino 6 - CPF: 096480304-64  
7 - Profissão: Recebista 8 - Endereço: Rua Santa Cruz 9 - Número: 510 10 - Complemento: CC50  
11 - Bairro: Vila Municipal 12 - Cidade: São Vicente do Sul-PA 13 - Estado: PA 14 - CEP: 55154-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 53 988056654

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)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: NO PAGAMENTOS SA

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 42969951 8  
(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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (al 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 - ☐ Declaro que sou a vítima ou beneficiário do seguro.  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):  
37 - 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, São Paulo 09/11/20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Liane Silvana Rufino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00445.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 18 de novembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

LANE SILVINO RUFINO  
Noticiante



Procedimento Policial: 00445.01.2020.1.05.101

2/2





# 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: 096480304-64 4 - Nome completo da vítima: Liane Silvana 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: Liane Silvana Rufino 6 - CPF: 096480304-64  
7 - Profissão: Recebista 8 - Endereço: Rua Santa Cruz 9 - Número: 510 10 - Complemento: CC50  
11 - Bairro: Vila Municipal 12 - Cidade: São Vicente do Sul-RS 13 - Estado: RS 14 - CEP: 91340-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 53 988056654

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: 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (al 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - 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, São Paulo 09/11/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



# 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

Documento sem valor fiscal  
Descontando taxa de administração do boleto  
Número para consulta e cancelamento: 0800 553 183  
Número de contato da energia: 0800 553 183

## DADOS DO CLIENTE:

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

SIT SAN\*\* CR\*\* S\* 58159000  
SAO VICENTE DO SERIDO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.905.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.873-0



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**

DATA DE EMISSÃO  
**11/11/2020**

TOTAL A PAGAR  
**R\$ 55,53**

BANCO DO BRASIL S.A.		001-9		00190.10009 03268.926067 03412.673174 9 54360000005553	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S.A.				VENCIMENTO 11/11/2020	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA ENDEREÇO BR 230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				CNPJ 08.905.183/0001-40	
DATA DO DOCUMENTO 04/11/2020				Nº DO DOCUMENTO 000000000-2620-11-1	
ESPECIE DO DOCUMENTO DS		ALICIE N		DATA DO PROTESTAMENTO 04/11/2020	
CARTERA 17		ESPECIE RS		QUANTIDADE	
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.				VALOR DO DOCUMENTO 55,53	
PAGADOR RITA D* K**** R***** SIT SAN** CR** S* 58159000 SAO VICENTE DO SERIDO				VALOR 55,53	
CNPJ 047.2** ***-** SAO VICENTE DO SERIDO (AG: 85)				VALOR 55,53	



Autenticação WebCam  
Ficha de Compensação





### HTCG-Painel Administrativo

EXAMEN SECUNDARIO / PARECER MEDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ às \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hs

Memoria del 1983

(Intermaglio (sector))

(Transferência) ou do SFOR ou Hospital

(1) *Yhtä hospitalitar f* (1) *Jä tervellä*

V. C. Boccardo Medical

(continued)

Assinatura do paciente ou responsável quando necessário

SERVIÇOS REALIZADOS

CODIGO/PROCEDIMIENTO

CHO

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  
 Ortopedista Traumatologista  
 Cirurgião do Joelho  
 CRM 9116-TEOD-15253






## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica


Paciente: <i>Leone Solimanis Ruyus</i>	Idade: <i>34</i>
Convênio: <i>Suas</i>	Data: <i>06/03/2020</i>
Procedimento: <i>Tratamento Cirurgico com laser de CO2 da penis</i>	
Cirurgião: <i>Dr Wagner</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr Felipe</i>
Início: <i>20:50</i>	Término:
	Anestesia: <i>Pro p...</i>

[illegible][illegible]

Observações:



Assinatura Anestesieta



Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante



28.10.15 em 15/10/2015

08/10/15 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15

com 15/10/2015 08:15



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INICIO

FIM

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTESICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp

Calor p/ Oxi

Catgut cromado Sertix

Atropina amp

Calor De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Dinore amp

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp

Colonoide

Catgut Simples Sertix

Efrase ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegan amp

Dreno Kerr n°

Catgut Simples Sertix

Fertanil ml

Dreno Penrose n°

Catgut Simples Sertix

Inova ml

Dreno Pezzer n°

Cera p/ osso

Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaina 5% ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubain amp

Equipo de Sangue

Ethibond

Pavulon amp

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp

Esparradrapo Largo cm

Fio de Algodão Sertix

Protoido l/m

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelcin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fio de Algodão Sutupak

Rapifen amp

H.G. ml

Fila cardiaca

Thionembatal ml

Intracath Adulto

Mononylon

Tracrium amp

Intracath Infantil

Mononylon

Qtd. MEDICAÇÕES

Lamina de Bisturi n° 23

Prolene Sertix

Agua Destilada amp

Lamina de Bisturi n° 11

Prolene Sertix

Decadron amp

Lamina de Bisturi n° 15

Prolene Sertix

Dipirona amp

Luvas 7.0

Prolene Sertix

Fibrinol amp

Luvas 7.5

Prolene Sertix

Fletocortid amp

Luvas 8.0

Prolene Sertix

Geratipina amp

Luvas 8.5

Prolene Sertix

Glicose amp

Oxigenio l/m

Prolene Sertix

Glucoc de Calcio amp

Poiflux

Prolene Sertix

Haemacei ml

PVPi Degermante ml

Prolene Sertix

Heparina ml

PVPi Tópico ml

Prolene Sertix

Kanakion amp

Sabão Antisséptico

Prolene Sertix

Lasix amp

Saco coletor

Prolene Sertix

Medrotriazol

Seringa desc. 10 ml

Prolene Sertix

Plasi amp

Seringa desc. 20 ml

Prolene Sertix

Propanina

Seringa desc. 05 ml

Prolene Sertix

Revivan amp

Sonda

Prolene Sertix

Stufanon amp

Sonda Foley

Prolene Sertix

Cefalotina 1g

Sonda Nasogátrica

Prolene Sertix

Cefalotina 1g

Sonda Uretral n°

Prolene Sertix

Mercaina 5% ml

Steridrem ml

Prolene Sertix

Dimetil

Tornesinha

Prolene Sertix

Clorazepina

Vaselina ml

Prolene Sertix

Agua desc. 25 x 7

Geicon 18

Prolene Sertix

Agua desc. 28 x 28

Lateise

Prolene Sertix

Agua desc. 3 x 4.5

Latex

Prolene Sertix

Agua p/ queim

Latex

Prolene Sertix

Alcool de Enfermagem

Latex

Prolene Sertix

Alcool Iodado ml

Latex

Prolene Sertix

Ataduras de Crepon

Latex

Prolene Sertix

Ataduras de Gessada

Latex

Prolene Sertix

Azul metileno amp

Latex

Prolene Sertix

Benzina ml

Latex

Prolene Sertix

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Referência:

VAL: 15-AGO-2021

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Serra

Desfibrilador

Foco Frontal

Fonte de Luz

Foco Auxiliar

Eletrocautério

Oxímetro

Cardiomonitor

Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066







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

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 06/03/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: WAGNER LUIZ E. DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: 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 ANTISSEPSIA

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

07 SUTURA

08 CURATIVO

Data 06/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz E. de Araujo  
9268  
1802013-0001-742-0001  
06/03/2020 14:45:06







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.)



MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

015455842467

### CONCLUSIONI E RIFERIMENTI

[illegible][illegible][illegible]

	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

[illegible][illegible][illegible]

$\frac{1}{\sqrt{2}} \left( \frac{\partial}{\partial x} + i \frac{\partial}{\partial y} \right) \psi = 0$

Figure 1 consists of three panels, (a), (b), and (c), each showing a schematic representation of the experimental design. Panel (a) shows a timeline from 0 to 10 minutes. At 0 minutes, there is a 'Rest' period. At 5 minutes, there is a '5 min rest' period. At 10 minutes, there is a '5 min rest' period. Panel (b) shows a timeline from 0 to 10 minutes. At 0 minutes, there is a 'Rest' period. At 5 minutes, there is a '5 min rest' period. At 10 minutes, there is a '5 min rest' period. Panel (c) shows a timeline from 0 to 10 minutes. At 0 minutes, there is a 'Rest' period. At 5 minutes, there is a '5 min rest' period. At 10 minutes, there is a '5 min rest' period.

1870-1871 - 1872-1873 - 1874-1875 - 1876-1877 - 1878-1879 - 1880-1881 - 1882-1883 - 1884-1885 - 1886-1887 - 1888-1889 - 1890-1891 - 1892-1893 - 1894-1895 - 1896-1897 - 1898-1899 - 1900-1901 - 1902-1903 - 1904-1905 - 1906-1907 - 1908-1909 - 1910-1911 - 1912-1913 - 1914-1915 - 1916-1917 - 1918-1919 - 1920-1921 - 1922-1923 - 1924-1925 - 1926-1927 - 1928-1929 - 1930-1931 - 1932-1933 - 1934-1935 - 1936-1937 - 1938-1939 - 1940-1941 - 1942-1943 - 1944-1945 - 1946-1947 - 1948-1949 - 1950-1951 - 1952-1953 - 1954-1955 - 1956-1957 - 1958-1959 - 1960-1961 - 1962-1963 - 1964-1965 - 1966-1967 - 1968-1969 - 1970-1971 - 1972-1973 - 1974-1975 - 1976-1977 - 1978-1979 - 1980-1981 - 1982-1983 - 1984-1985 - 1986-1987 - 1988-1989 - 1990-1991 - 1992-1993 - 1994-1995 - 1996-1997 - 1998-1999 - 2000-2001 - 2002-2003 - 2004-2005 - 2006-2007 - 2008-2009 - 2010-2011 - 2012-2013 - 2014-2015 - 2016-2017 - 2018-2019 - 2020-2021 - 2022-2023 - 2024-2025 - 2026-2027 - 2028-2029 - 2030-2031 - 2032-2033 - 2034-2035 - 2036-2037 - 2038-2039 - 2040-2041 - 2042-2043 - 2044-2045 - 2046-2047 - 2048-2049 - 2050-2051 - 2052-2053 - 2054-2055 - 2056-2057 - 2058-2059 - 2060-2061 - 2062-2063 - 2064-2065 - 2066-2067 - 2068-2069 - 2070-2071 - 2072-2073 - 2074-2075 - 2076-2077 - 2078-2079 - 2080-2081 - 2082-2083 - 2084-2085 - 2086-2087 - 2088-2089 - 2090-2091 - 2092-2093 - 2094-2095 - 2096-2097 - 2098-2099 - 2100-2101 - 2102-2103 - 2104-2105 - 2106-2107 - 2108-2109 - 2110-2111 - 2112-2113 - 2114-2115 - 2116-2117 - 2118-2119 - 2120-2121 - 2122-2123 - 2124-2125 - 2126-2127 - 2128-2129 - 2130-2131 - 2132-2133 - 2134-2135 - 2136-2137 - 2138-2139 - 2140-2141 - 2142-2143 - 2144-2145 - 2146-2147 - 2148-2149 - 2150-2151 - 2152-2153 - 2154-2155 - 2156-2157 - 2158-2159 - 2160-2161 - 2162-2163 - 2164-2165 - 2166-2167 - 2168-2169 - 2170-2171 - 2172-2173 - 2174-2175 - 2176-2177 - 2178-2179 - 2180-2181 - 2182-2183 - 2184-2185 - 2186-2187 - 2188-2189 - 2190-2191 - 2192-2193 - 2194-2195 - 2196-2197 - 2198-2199 - 2200-2201 - 2202-2203 - 2204-2205 - 2206-2207 - 2208-2209 - 2210-2211 - 2212-2213 - 2214-2215 - 2216-2217 - 2218-2219 - 2220-2221 - 2222-2223 - 2224-2225 - 2226-2227 - 2228-2229 - 2230-2231 - 2232-2233 - 2234-2235 - 2236-2237 - 2238-2239 - 2240-2241 - 2242-2243 - 2244-2245 - 2246-2247 - 2248-2249 - 2250-2251 - 2252-2253 - 2254-2255 - 2256-2257 - 2258-2259 - 2260-2261 - 2262-2263 - 2264-2265 - 2266-2267 - 2268-2269 - 2270-2271 - 2272-2273 - 2274-2275 - 2276-2277 - 2278-2279 - 2280-2281 - 2282-2283 - 2284-2285 - 2286-2287 - 2288-2289 - 2290-2291 - 2292-2293 - 2294-2295 - 2296-2297 - 2298-2299 - 2300-2301 - 2302-2303 - 2304-2305 - 2306-2307 - 2308-2309 - 2310-2311 - 2312-2313 - 2314-2315 - 2316-2317 - 2318-2319 - 2320-2321 - 2322-2323 - 2324-2325 - 2326-2327 - 2328-2329 - 2330-2331 - 2332-2333 - 2334-2335 - 2336-2337 - 2338-2339 - 2340-2341 - 2342-2343 - 2344-2345 - 2346-2347 - 2348-2349 - 2350-2351 - 2352-2353 - 2354-2355 - 2356-2357 - 2358-2359 - 2360-2361 - 2362-2363 - 2364-2365 - 2366-2367 - 2368-2369 - 2370-2371 - 2372-2373 - 2374-2375 - 2376-2377 - 2378-2379 - 2380-2381 - 2382-2383 - 2384-2385 - 2386-2387 - 2388-2389 - 2390-2391 - 2392-2393 - 2394-2395 - 2396-2397 - 2398-2399 - 2400-2401 - 2402-2403 - 2404-2405 - 2406-2407 - 2408-2409 - 2410-2411 - 2412-2413 - 2414-2415 - 2416-2417 - 2418-2419 - 2420-2421 - 2422-2423 - 2424-2425 - 2426-2427 - 2428-2429 - 2430-2431 - 2432-2433 - 2434-2435 - 2436-2437 - 2438-2439 - 2440-2441 - 2442-2443 - 2444-2445 - 2446-2447 - 2448-2449 - 2450-2451 - 2452-2453 - 2454-2455 - 2456-2457 - 2458-2459 - 2460-2461 - 2462-2463 - 2464-2465 - 2466-2467 - 2468-2469 - 2470-2471 - 2472-2473 - 2474-2475 - 2476-2477 - 2478-2479 - 2480-2481 - 2482-2483 - 2484-2485 - 2486-2487 - 2488-2489 - 2490-2491 - 2492-2493 - 2494-2495 - 2496-2497 - 2498-2499 - 2500-2501 - 2502-2503 - 2504-2505 - 2506-2507 - 2508-2509 - 2510-2511 - 2512-2513 - 2514-2515 - 2516-2517 - 2518-2519 - 2520-2521 - 2522-2523 - 2524-2525 - 2526-2527 - 2528-2529 - 2530-2531 - 2532-2533 - 2534-2535 - 2536-2537 - 2538-2539 - 2540-2541 - 2542-2543 - 2544-2545 - 2546-2547 - 2548-2549 - 2550-2551 - 2552-2553 - 2554-2555 - 2556-2557 - 2558-2559 - 2560-2561 - 2562-2563 - 2564-2565 - 2566-2567 - 2568-2569 - 2570-2571 - 2572-2573 - 2574-2575 - 2576-2577 - 2578-2579 - 2580-2581 - 2582-2583 - 2584-2585 - 2586-2587 - 2588-2589 - 2590-2591 - 2592-2593 - 2594-2595 - 2596-2597 - 2598-2599 - 2600-2601 - 2602-2603 - 2604-2605 - 2606-2607 - 2608-2609 - 2610-2611 - 2612-2613 - 26

Handwritten musical notation for the second system of the piece "The Little Boat". The notation is written on a five-line staff. It begins with a treble clef and a key signature of one flat (B-flat). The melody consists of several measures, with notes and rests written in a cursive, handwritten style. The notation is somewhat faint and appears to be a student or amateur composition.

$$\begin{aligned} \frac{\partial}{\partial t} &= \frac{\partial}{\partial t} \\ \frac{\partial}{\partial x} &= \frac{\partial}{\partial x} \\ \frac{\partial}{\partial y} &= \frac{\partial}{\partial y} \\ \frac{\partial}{\partial z} &= \frac{\partial}{\partial z} \\ \frac{\partial}{\partial w} &= \frac{\partial}{\partial w} \\ \frac{\partial}{\partial v} &= \frac{\partial}{\partial v} \\ \frac{\partial}{\partial u} &= \frac{\partial}{\partial u} \\ \frac{\partial}{\partial s} &= \frac{\partial}{\partial s} \\ \frac{\partial}{\partial r} &= \frac{\partial}{\partial r} \\ \frac{\partial}{\partial q} &= \frac{\partial}{\partial q} \\ \frac{\partial}{\partial p} &= \frac{\partial}{\partial p} \\ \frac{\partial}{\partial o} &= \frac{\partial}{\partial o} \\ \frac{\partial}{\partial n} &= \frac{\partial}{\partial n} \\ \frac{\partial}{\partial m} &= \frac{\partial}{\partial m} \\ \frac{\partial}{\partial l} &= \frac{\partial}{\partial l} \\ \frac{\partial}{\partial k} &= \frac{\partial}{\partial k} \\ \frac{\partial}{\partial j} &= \frac{\partial}{\partial j} \\ \frac{\partial}{\partial i} &= \frac{\partial}{\partial i} \\ \frac{\partial}{\partial h} &= \frac{\partial}{\partial h} \\ \frac{\partial}{\partial g} &= \frac{\partial}{\partial g} \\ \frac{\partial}{\partial f} &= \frac{\partial}{\partial f} \\ \frac{\partial}{\partial e} &= \frac{\partial}{\partial e} \\ \frac{\partial}{\partial d} &= \frac{\partial}{\partial d} \\ \frac{\partial}{\partial c} &= \frac{\partial}{\partial c} \\ \frac{\partial}{\partial b} &= \frac{\partial}{\partial b} \\ \frac{\partial}{\partial a} &= \frac{\partial}{\partial a} \end{aligned}$$

0

100

2007

Digitizado com CamScanner

Frank

[illegible]

100

Digitizado com CamScanner



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OXO8824

Imprimir Consulta

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO  
2020

NOME / ENDEREÇO  
\*\*\*\*\*

PLACA  
OXO8824

ESPECIE / TIPO  
PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO  
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. ANO MOD  
2014 2014

CATEGORIA  
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE  
PRETA

VENC. COTA ÚNICA  
30/06/2020

PREMIO LICENCIAMENTO  
30/06/2020

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
CAMPINA GRANDE

DATA  
06/11/2020

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



## 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](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: 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





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08328810520208150001

**BRADESCO SEGUROS S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LANE SILVINO RUFINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 21 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414450721000000042718310>  
Número do documento: 21062414450721000000042718310