



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38871946	29/01/2021 09:36	2780465_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01667/01668 - carta_15R - INVALIDEZ

00010834



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: 0001 CONTA: 42969951 8

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) 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-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 - ☐ Não alfabetizado ☐ Alfabetizado
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



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 10% a respeito do boleto
Banco para depósito em nome de: N° 053.165.372

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



N° 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 VENCIMENTO
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 ENDERECO BR 230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-680				CPF 08.905.183/0001-40	
DATA DO DOCUMENTO 04/11/2020				N° DO DOCUMENTO 000000000-2620-11-1	
ESPECIE DO DS		ALICIE N		DATA DO PROTESTAMENTO 04/11/2020	
LARTERIA 17		ESPECIE RS		QUANTIDADE	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TITULO 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 BACODONATISTA				VALOR 55,53	
CHUQUE 047.2** *** J*				SAO VICENTE DO SERIDO (AG: 85)	



Autenticação WebCam
Ficha de Compensação



06/03/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.266/0035-52
Av. Bel. Figueira Peixoto, 4700 - Salvador, Bahia - CEP: 54432-809
Data: 06/03/2020

Paciente: LANE SILVINO RUFINO Idade: 034 Nº ATEND: 2122130

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 06/03/2020 HORA: 18:42:48

ESPECIALIDADE: ~~CAERDIOLOGIA~~

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

SINAIS VITAIS
HT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

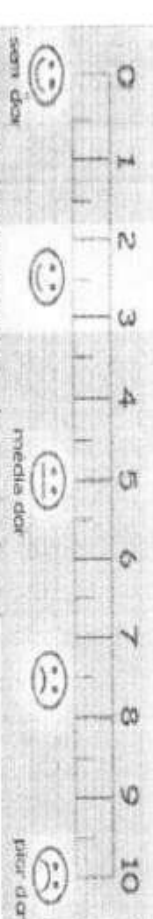
DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

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

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() TRISTADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINDROMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOA () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA () SIBLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA TEMP FC FR DIURESE ASSINATURA
ENFERMEIRO/COREN

DO

OBS: SAU SÃO VICENTE DO SERIDO
ENFERMEIRO/COREN
Acolhimento

Marta D. Silva
Enfermeira
0235470030

HTCG-Paine! Administrative

EXAMEN SECUNDARIO / PARECER MEDICO

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs

1. Xantho enérgico

() Internazionale (vector)

(Transferência) ou do SFOR ou HOSPITAL

(1) *Polta hospitalar* f. (1) *Polta* (evell)

V. I. Baccalo Médica

(continued)

Atestado pelo Sr. Dr. [illegible]
Ass. do paciente ou responsável quando necessário

SERVIÇOS REALIZADOS

CODIGO/PROCEDIMIENTO

CHO

IDADE



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

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: _____ Total: _____
 Cód. do consultor: _____
 Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
 Ortopedista Traumatologista
 Cirurgião do Joelho
 CRM 9116-TEOD-15253

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001
 Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: *Leone Solimino Rufino* Idade: *34*
 Convênio: *SUS* Data: *06/03/2020*
 Procedimento: *Tratamento cirúrgico com fratura extensora do CDO da perna*
 Cirurgião: *Dr. Wagner* Auxiliar: Anestesista: *Dr. Felipe*
 Início: *20:50* Término: Anestesia *Proprio*

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
<i>22:05</i>	<i>120/75</i>	<i>86</i>	<i>98</i>	<i>Pollegiani + Junior</i>		<i>consciente</i>
<i>22:25</i>	<i>100/73</i>	<i>89</i>	<i>98</i>	<i>Pollegiani + Junior</i>	<i>+</i>	<i>consciente</i>

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:

[Assinatura]

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

08:15

08:15

com 15/10/2015 08:15

08:15

08:15

08:15

08:15

08:15

08:15

08:15

08:15

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

08:15

com 15/10/2015 08:15

X

08:15

08:15

X

08:15

08:15

XX

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 Algodrão Sertix

Protigmine amp

Esparradrapo Largo cm

Fio de Algodrão Sertix

Protoido l/m

Furacim ml

Fio de Algodrão Sutupak

Quelcin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fio de Algodrão Sutupak

Rapifen amp

H.G. ml

Fila cardiaca

Thionembatal ml

Intracath Adulto

Mononylon 20

Tracrium amp

Intracath Infantil

Mononylon

Qtd. MEDICAÇÕES

01

Lâmina de Bisturi n° 23

Prolene Sertix

Agua Destilada amp

Lâmina de Bisturi n° 11

Prolene Sertix

Decadron amp

Lâmina 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

Glucos 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 dexametason

Seringa desc. 05 ml

Prolene Sertix

Revivan amp

Sonda

Prolene Sertix

Stufanon amp

Sonda Foley

Prolene Sertix

Cefotina 1g

Sonda Nasogátrica

Prolene Sertix

Cefotina 1g

Sonda Uretral n°

Prolene Sertix

Mercaina 5% ml

Steridren ml

Prolene Sertix

Dimetil

Tornesinha

Prolene Sertix

Cloroxolona

Vaselina ml

Prolene Sertix

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Agua desc. 25 x 7

Agua desc. 28 x 28

Agua desc. 3 x 4.5

Agua p/ reque n°

Alcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp

Benzina ml

05

Gecon 18

Látex

Latex

Latex

Latex

Latex

Latex

Latex

Latex

Latex

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

TPD 5 / ISO 11140-1

LOTE CLS150819

VAL: 15-AGO-2021

Referência:

Atestável se o cor do quadrado for igual ao mais escuro que o cor da seta.

EQUIPAMENTOS

X Oxímetro de Pulso

() Serra

() Desfibrilador

X Foco Frontal

() Fonte de Luz

() Foco Auxiliar

() Eletrocautério

() Oxímetro

X Cardiomonitor

X Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MD0 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 09:05:00







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

CONVENIO DE VEHICULO

[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]

100

[illegible]

1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function $f(x)$ defined by the equation

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions, both incoming and outgoing. It emphasizes that this practice is essential for ensuring transparency and accountability in financial management.

2. The second part outlines the various methods used to collect and analyze data, highlighting the role of statistical analysis in identifying trends and patterns over time. This section also addresses the challenges associated with data collection and the need for robust quality control measures.

3. The third part focuses on the implementation of internal controls designed to prevent fraud and mismanagement. It details the establishment of clear policies and procedures, as well as the regular monitoring and auditing of these systems to ensure their effectiveness.

4. Finally, the fourth part explores the impact of external factors, such as market conditions and regulatory changes, on organizational performance. It provides insights into how organizations can adapt to these changes and maintain their competitive edge through strategic planning and innovation.

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
2614
2615
2616
2617
2618
2619
2620
2621
2622
2623
2624
2625
2626
2627
2628
2629
2630
2631
2632
2633
2634
2635
2636
2637
2638
2639
2640
2641
2642
2643
2644
2645
2646
2647
2648
2649
2650
2651
2652
2653
2654
2655
2656
2657
2658
2659
2660
2661
2662
2663
2664
2665
2666
2667
2668
2669
26

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

2007

Digitizado com CamScanner

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OXO8824

Imprimir Consulta

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VR	COL. RENAVAM	PLS	EXERCÍCIO
			2020
NOME / ENDEREÇO			

ESPÉCIE		PLACA	
		OXO8824	
PLACA ANT./P.		P.A.S.	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG150 FAN ESDI		2014 2014	
CAP. POT. CV		CATEGORIA	
		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
COTA-UNICA		VENC. COTA UNICA	
30/06/2020		1ª	
PAGA / P.S.A.		PARCELAMENTO / COTAS	
		2ª	
		3ª	
PREMIO LICENCIAMENTO		PREMIO TOTAL	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		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 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

LANE SILVINO RUFINO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELA DO CARMO DE LIMA

