



Número: **0800603-77.2021.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **14/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|-------------------|
| LEONIA DE FATIMA DANTAS (AUTOR) | | NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 52730963 | 15/12/2021 15:23 | 2849444_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONIA DE FATIMA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180544126**
Vítima: **LEONIA DE FATIMA DANTAS**
Data do Acidente: **29/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180544126**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13611650

Pag. 01741/01742 - carta_01 - INVALIDEZ

00010871



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEONIA DE FATIMA DANTAS**

Nº Sinistro: **3180544126**
Vítima: **LEONIA DE FATIMA DANTAS**
Data do Acidente: **29/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180544126**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00401/00402 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13632561



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544126 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONIA DE FATIMA DANTAS **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: HEMATOMA EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDO.
FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- REDUÇÃO E SUTURA.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 727.510.374-53 | Nome completo da vítima: Rozênia de Fátima Dantas |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: Rozênia de Fátima Dantas | CPF: 727.510.374-53 | |
| Profissão: agricultora | Endereço: Sítio Mendes | Número: 514 |
| Bairro: Zona Rural | Cidade: Barauna | CEP: 58.188-000 |
| E-mail: NILOTANTAS@HOTMAIL.COM | | Tel.(DDD): (83) 3371-2274 |

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4916 CONTA: 11876 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da ausência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

| | | |
|--|---|---|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Picuí-BA, 16/11/2018</u> | TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura |
| | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | |

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 040/2018

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 040/2018, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 30 dias do mês de outubro do ano de 2018, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel. Rodrigo Monteiro de Oliveira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 09:00h.30min. compareceu: **LEÔNIA DE FÁTIMA DANTAS**, brasileira, solteira, agricultora, natural de Picuí/PB, nascida aos 17/01/1964, filha de José Tomás Dantas e Josefa Inês Dantas, residente no Sítio do Mendes zona rural de Baraúna/PB, RG nº1.235.827-SSDS/PB e CPF 727510374-53, contato: 9.99594692; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 29 de abril do corrente ano, 2018, por volta das 11:00hs, transitava com a motocicleta tipo Honda pop100 de cor Preta, de placa OEZ 5435/ PB, chassi N° 9C2HBO210CR440314 no sentido do sítio Mendes, Zona Rural de Baraúna/PB com destino ao Sítio Riacho Fundo, Zona Rural de Baraúna/PB quando foi surpreendida com a parada brusca de um veículo que estava a sua frente na BR, que, ao desviar do veículo colidiu com outro carro e sofreu uma queda. Que foi socorrida pela SAMU e levada ao hospital regional de Picuí/PB onde ficou internada e após alguns dias foi transferida para a FAP- Fundação Assistencial da Paraíba, em Campina Grande para realizar procedimento cirúrgico, Que como consequência da queda sofreu fraturas no maxilar e na cabeça, que afirmou que no dia de hoje tem dificuldade de lembrar das coisas o que dificulta o seu trabalho. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Doufê.**

Picuí/PB, 30 de outubro de 2018.

Leônia de Fátima Dantas

COMUNICANTE: **LEÔNIA DE FÁTIMA DANTAS**

Rosimery de Araújo Silva

TESTEMUNHA 1: **ROSIMERY DE ARAÚJO SILVA**, RG 2.474.763-SSDS/PB, residente No Sítio Mendes, Zona Rural de Baraúna/PB

Maria das Graças Barbosa dos Santos

TESTEMUNHA 2: **MARIA DAS GRAÇAS BARBOSA DOS SANTOS**, RG 3.129.974-SSP/PB, residente no Sítio Lagoa dos Currais, zona Rural de Baraúna/PB

PROT. PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
G. JOÃO PESSOA

Tomás Cortez
APC/PB
Mat. 181.950-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | |
|---|----------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: |
| | 727.510.374-53 | Belônia de Fatima Dantas |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | CPF: | |
| Belônia de Fatima Dantas | 727.510.374-53 | |
| Profissão: | Endereço: | Número: |
| agricultora | Sítio Mendes | 514 |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| Zona rural | Barauna | PR |
| E-mail: | CEP: | Tel.(DDD): |
| NILOTQANTAS@HOTMAIL.COM | 58.188-000 | (83) 3371-2274 |

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

| | | | |
|---|--|--|---|
| RENDA MENSAL: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____ |
| AGÊNCIA: 4916 CONTA: 11876 4 | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da ausência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: |
| | Vivos: _____ Falecidos: _____ | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou pais/avós vivos? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

| | | |
|--|--|---|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Picui-BA, 16/11/2018</u> | TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____ |
| | Nome: _____ CPF: _____ | |
| <u>Belônia de Fatima Dantas</u> | (*) Assinatura de quem assina A ROGO | 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____ |
| | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | |

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.650/0001-21
BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 04 de julho de 2018.

DECLARAÇÃO

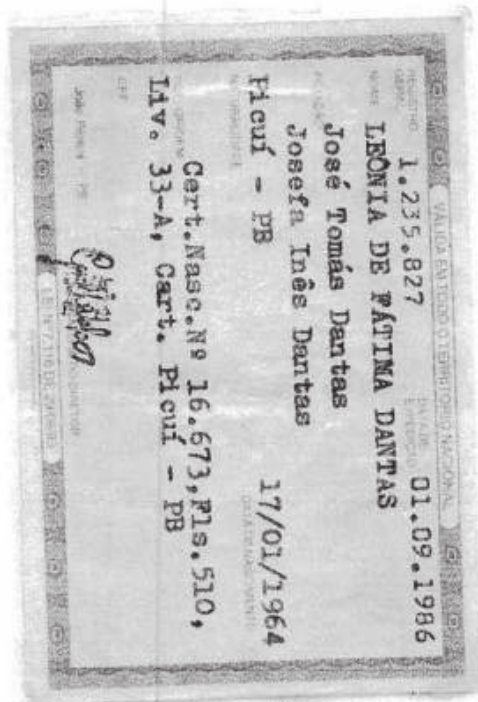
Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Picuí/PB foi acionado para prestar socorro e atendimento pré-hospitalar com a Unidade de Suporte Básico no dia 29 de abril de 2018 ao Sr^a Leônia de Fátima Dantas, 54 anos, CPF 727.510.374-53 SSP/PB, vítima de colisão carro com moto, vítima encontrava-se consciente, orientada com hálito etílico, agitada e não colaborativa, apresentando Traumatismo crânio-encefálico moderado, trauma de face e edema importante, hematoma retro-orbitário esquerdo, foi medicada e removida para Hospital Regional de Picuí. Em seguida, foi realizada remoção pela Unidade de Suporte Avançado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde seguiu aos cuidados da equipe da referida instituição.

Gésska de Oliveira Macedo Costa
Coordenadora Municipal do SAMU PICUÍ/PB



Rua: Galdino Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 – e- mail:





LEONIA DE FATIMA DANTAS
517 MENDES, S/N - AREA RURAL
BARAUNA - PB CEP: 59188000 (AG: 00)

Emissão: 15/08/2018 Referência: Ago/2018
Class/Subcl: RURAL I AGRICULTURA RURAL MONOCASALCO
Roteiro: 7-200-890-2080 Nº medidor: 0030106222

ENERGISA PARAIBA - DISTRITAMENTO DE ENERGISA SA
B-230, Km 25 - Coto Retenar - João Pessoa - PB CEP: 55071-800
CNPJ: 09.196.183/0001-10, INSC. EST. 15.765.824-0

Nota Fiscal nº 001 de Emissão 15/08/2018, 003 103 103
Cód. para DIB: Automático: 0001151180-5

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Ago/2018 15/08/2018 13/09/2018 727.510.374-53
PIS: Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1151180-5
Canal de contato

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|------------------------|-------------------------------|------------|------------------|-----------|------------------|--------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 15/07/18 | 15912 | 15/08/18 | 16228 | 1 | 114 | 31 |
| Demonstrativo | | | | | | |
| Descrição | | Quantidade | Valor Base Calc. | Alq. | Valor Base Calc. | Porção |
| | | | Valor Base Calc. | Alq. | Valor Base Calc. | Porção |
| 0601 | Consumo em kWh | 114,000 | 2,369,630 | 42,02 | 0,00 | 47,02 |
| 0601 | Adic. B. variação | | | 6,06 | 0,00 | 0,00 |
| 0610 | Subsídio | | | 18,01 | 0,00 | 0,00 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0804 | JUROS DE MORA 07/2018 | | | 0,31 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 07/2018 | | | 1,10 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2018 | | | 0,15 | 0,00 | 0,00 |
| 0908 | Devolução Subsídio | | | -18,82 | 0,00 | 0,00 |





CTC RECIFE PLZ
NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB

PC-16



Postagem: 05/11/2018

Vencimento: 17/11/2018

Emissão: 01/11/2018

7211054230112610000001344630 051118

Fechamento próxima fatura: 12/12/2018

Titular: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
 Cartão: **6062.XXXX.XXXX.9264**

Resumo da fatura em R\$

| | |
|--------------------------------------|---------------|
| Total da fatura anterior | 648,12 |
| Pagamento efetuado em 22/10/2018 | -648,12 |
| Saldo financeiro | 0,00 |
| Encargos (financiamento + moratório) | 12,95 |
| Lançamentos atuais | 742,00 |
| Total desta fatura | 774,95 |

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

| | | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------|
| vencimento | A) pagamento total | B) pagamento mínimo | C) parcelas fixas |
| 17/11/2018 | 774,95 | 151,63 | 77,48 +23x 77,48 |

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

| | |
|---------------------------------|----------|
| Limite total de crédito | 1.980,00 |
| Limite utilizado no mês | 774,95 |
| Restada de recursos (Parísaque) | 90,00 |

Veja outras opções na 2ª folha

Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)

| DATA | ESTABELECIMENTO | VALOR EM R\$ |
|-------|-------------------------|--------------|
| 13/07 | VAREJAO DOS PARAFU04/06 | 50,00 |
| | CAMPINA GRAND | |
| 09/08 | FARMACIA 03/03 | 260,00 |
| | CAMPINA GRAND | |
| 28/08 | AZUL LINH 03/03 | 135,25 |
| | BARUEIR | |
| 27/09 | FARMACIA DIAS 25 02/02 | 93,18 |
| | CAMPINA GRAND | |
| 27/09 | FARMACIA DIAS 25 | -0,01 |
| | CAMPINA GRAND | |
| 03/10 | ERANY-TRA 01/06 | 19,96 |
| 04/10 | AGROCAMPO 01/02 | 75,00 |
| 27/10 | POSTO SAN CARLO | 100,00 |

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7
 Número do Documento: **00135717798/0135037**
 Nome do Pagador(CPF/CNP): **NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65**
 Nome do Beneficiário(CPF/CNP): **HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69**
 Endereço do Beneficiário: **AV RUI BARBOSA, 251, 1º A, GRAÇAS - RECIFE - PE**

recibo do pagador
 Novo Número: **175/35717798-8**
 Valor do documento: **R\$ 774,95**
 Vencimento: **17/11/2018**
 Autenticação Mecânica



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2021 15:23:31

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/list.view.seam?x=2112151523314800000049978979

Número do documento: 2112151523314800000049978979

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LEONIA DE FATIMA DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 727 510 374 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LEONIA DE FATIMA DANTAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 727 510 374 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
| Endereço Rua Roldão Zacarias de Macedo | | Número 145 | Complemento casa |
| Bairro JK | Cidade Picui | Estado PB | CEP 58187-000 |
| Email nilotdantas@hotmail.com | Telefone comercial (DDD) (83)33712274 | Telefone celular (DDD) (83) 999125490 | |

Picui/PB

16 de 11 de 2017
Local e Data

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

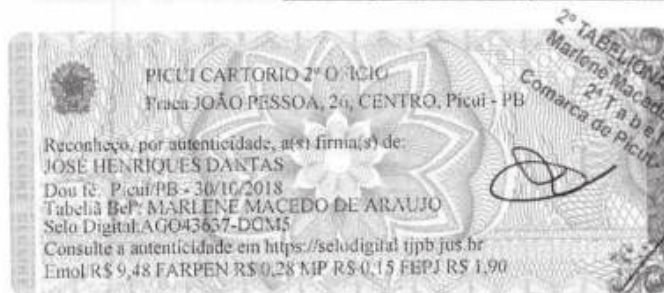
Eu, José Henrique Dantas,
RG nº 133.312, data de expedição 30/07/1975
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 108.864.514-34, com
domicílio na cidade de Picuí, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua José Osório Dantas, nº 180,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luizina de Fátima Dantas cujo o condutor era
a mesma.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/POP 100
Ano: 2012
Placa: 06Z 5435/PB
Chassi: 9C2 H80 210CR440314
Data do Acidente: 29/04/2018
Local e Data: Picuí - PB, 30 de Outubro de 2018

2ª TABELIONATO
PICUI - PB

José Henrique Dantas
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS ☐

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐

2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS ☐

Serviços realizados: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 1. | 03 | 01 | 06 | 00 | 61 |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(E)S: CARIMBO(S)

CNS CBO CRM

ASS. DO PACIENTE/A COMPRIANTE/O RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

Ass. do Revisor Técnico Carimbo Ass. do Revisor Administrativo Carimbo

Lúcio M. de S. Guimarães Diretor
 Chefe de Seção e Revisão CADASTRO 376985
 Matr. 413-5



| ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE | | MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS | |
|--|--|---|--|
| FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL | | | |
| CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.0001/60 | | 1. _____ | |
| NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI | | 2. _____ | |
| END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO | | 3. _____ | |
| MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25 | | 4. _____ | |
| Nome: LEONIA DE FATIMA DANTAS | | 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> CARÁTER DO ATENDIMENTO | |
| Raça/Cor: PARDA | | 02 - URGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Dt. Nasc: 17/01/1964 Idade: 54 ano(s) mês(es) de idade: _____ dia(s) de idade: _____ Sexo: F | | 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Mãe: JOSEFA INES DANTAS | | 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> | |
| Profissão: AGRICULTOR(A) | | 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS <input type="checkbox"/> | |
| Endereço: ST DO MENDES | | PROCEDIMENTO - descrição: <u>entrega p/ entrega</u> | |
| Bairro: ZONA RURAL | | DIAGNÓSTICO: <u>Hematomas pericardiais</u> | |
| Município/CEP/IBGE: BARAUNA / 58.188-000 / 250153 | | CID-10: _____ | |
| Telefone para contato: (83) 9942-5095 / | | MEDICAÇÃO: _____ | |
| Data e Hora: 21/05/2018 13:20:33 | | ENCAMINHAMENTO: _____ | |
| SSV _____ | | 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> | |
| PA: _____ | | 2. APLICADA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> OBITO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> | |
| ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) | | SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | 1- 0301010048 | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | 2- _____ | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | 3- _____ | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S) | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | CBO: 3548 CBO 2.3.268 CRM | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO | |
| <u>Exame físico normal, sem alterações.</u> | | RECEPCIONISTA: HRP | |

CADASTRO: 381170

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - C. S.

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
Leônidas de Fátima Dantas

4 - N° DO PRONTUÁRIO

98712

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

204 20127127 87 39

6 - DATA DE NASCIMENTO

12/10/1991

7 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

8 - RAÇA/COR

Parda

9 - NOME DA MÃE

Josefa Inês Dantas

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () N° DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Maria da Graça Dantas Costa

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () N° DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

St. Do mundo

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barcelos

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

250153

16 - UF

PI

17 - CEP

58188-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente admitido em emergência apresentando quadro de hematemese, principalmente à noite, com regurgitação de 15 (quinze) dias.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Suprimento necessário para o quadro clínico.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

E. efúso + Pro

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hematemese, principalmente à noite

22 - CID 10 PRINCIPAL

T810

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 TERCIÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. efúso

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0300040015

27 - CLÍNICA

M

28 - CARÁTER DE INFORMAÇÃO

U

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

046288 574 74

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Edson Ribeiro

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/05/18

33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cirurgia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CBOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

REVISÃO PREVIDÊNCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 92 778

Nº do Docum. 123582*

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Leônora de Fátima Dantas

Responsável: _____

Pai: João Tomás Dantas

Mãe: Joana Inês Dantas

Prof.: agricultora Data Nasc.: 17/01/1964 Idade: 54

Endereço: St. Jo. Mendes Nº _____

Bairro: _____ Cidade: Paraíba Est. Civil: solte

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Hem. tumor. par. luf. G.

Tratamento efetuado no hospital: Quim.

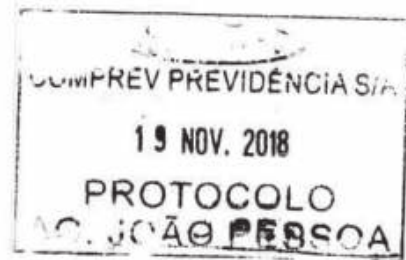
Exames realizados: Hemograma completo G.

Internado em 21/10/2017 Alta em 28/10/2017

Dr. Edgley Porto
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
Bucco-Maxilo-Facial
CRM 22325

Arquivista

Médico Assistente





FAP SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

HORA: 07:45:10



739767

Prontuário
149996
Estado Civil
1-SOLTEIRO
Filiação
Mãe: JOSEFA INES DANTAS
Endereço
SIT. DOS MENDES, S/N - ZONA RURAL, PICUI/PB CEP: 58187000

Nome do Paciente
LEONIA DE FATIMA DANTAS
CPF
727.510.374-53
RG
1235927 SSP PB

Nascimento
17/01/1964
Idade
54
Sexo
F
Cor
PARDO
Profissão
AGRICULTOR(A)

Naturalidade
PICUI

Religião
99-OUTROS

Fone Residencial
8161-8809 3371-2089
Fone Trabalho
8161-8809 3371-2089

Complemento Endereço

Atendimento Data Hora Setor
739767 09/06/2018 07:43 3217-RECEPCAO DE CONVENIOS

Médico Atendente
8779546-EDGLEYS PORTO

Plano / Convênio
0-PARTICULAR/3-UNIDADE E

Nº Cartão

Validade

Tipo Atendimento
18-CIRURGIA

Motivo Atendimento
3-INTERNAÇÃO/ELETIVA

Posto

Acomodação

Leito



Guia
INTERNACAO

Procedimento
99996666 INTERNAÇÃO

149996

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) LEONIA DE FATIMA DANTAS, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, Estado do(a) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas. Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: LEONIA DE FATIMA DANTAS
Endereço: SIT. DOS MENDES, S/N Bairro ZONA RURAL, PICUI-PB
Telefone: 8161-8809 3371-2089

CAMPINA GRANDE, 09 de Junho de 2018

MANUELY SOARES DE LIMA
Responsável pelo Atendimento

LEONIA DE FATIMA DANTAS
Responsável pelo Paciente

R43101

**FAP**

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAIBA - FAP

C.G.C.: 08841421000157

ENDEREÇO: AV DR. FRANCISCO PINTO, S/N - CEP: 58.429-350

PÁGINA: 1 / 1

DATA: 09/06/2018

HORA: 07:44:48

*Dr Edgley**Ala E*

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para fins de direito, que assumo plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e/ou pagador principal, pelo pagamento das despesas médicas e hospitalares de internação e tratamento, inclusive serviços e medicamentos prestados ou fornecidos por terceiros, bem como dos depósitos prévios exigidos, tudo que se fizer necessário ao tratamento do (a) Paciente

LEONIA DE FATIMA DANTAS

CPF 727.510.374-53 residência e domiciliado à SIT DOS MENDES
Número S/N Bairro ZONA RURAL Cidade PICUI
Estado PB, internado (a) por ordem médica neste FAP - FUNDACAO ASSISTENCIAL DA PARAIBA
em 09/06/2018, ocupante do apartamento ou enfermária

Declaro, ainda, que as obrigações decorrentes da responsabilidade ora assumida são válidas por tempo indeterminado, persistindo até a liquidação dos débitos apurados quando da alta do paciente e consequente fechamento das contas, persistindo igualmente, independente de notificação prévia na hipótese de inadimplemento compreendendo principal e acessórios, despesas de cobrança, juros de mora de _____% (_____) por cento ao mês a partir 30 (trigésimo) dia do seu vencimento e correção do principal pelos índices oficiais após 90 (noventa) dias vencidos.

Fica previsto que o credor, poderá em decorrência dos serviços prestados, emitir as respectivas duplicatas, valendo o presente TERMO DE RESPONSABILIDADE para todos os fins de direito, como CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO.

Pelo presente termo, assumo total responsabilidade pelas despesas decorrentes dos serviços abaixo discriminados, uma vez que os mesmos não estão incluídos nos preços dos Pacotes hospitalares:

- 01- Transfusão de sangue;
- 02- Exames laboratoriais;
- 03- Radiografias;
- 04- Diária de U.T.I;
- 05- Medicamentos especiais;
- 06- Drenos ou placas;
- 07- Órteses e próteses;
- 08- Intercorrências ocasionadas por complicações extras;
- 09- Despesas com alimentação de acompanhante.

Anna Alice Danto Costa
Assinatura do Responsável

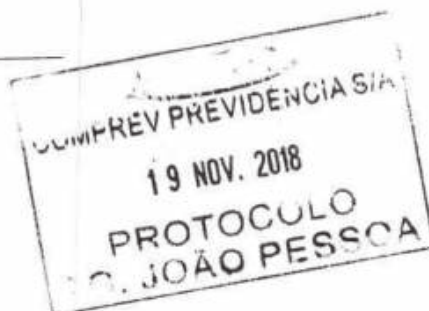
Endereço

CPF

Identidade

Profissão

CAMPINA GRANDE, 09 de JUNHO de 2018.

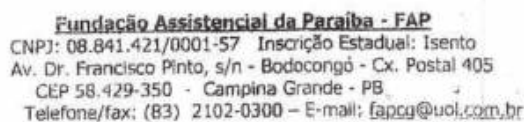


DE ACORDO:


FAP - FUNDACAO ASSISTENCIAL DA PARAIBA

TERMO_FAP3





PACIENTE clínica de Gástric New L ENF. _____ LEITO _____

| DATA | ANOTAÇÕES E ASSINATURA |
|----------|---|
| 09.08.18 | <u>Acumulação facial</u> Ferimento intima de acidente de moto (BSP), apresentando quadro de fratura de zygoma e lacrimas pré-operatórias dentro de norma L.d.d. Sem comatimento, não refere alergia a medicamentos. Submetida à redução cirúrgica de fratura de zygoma e (Clínica de Quirófano). Após plano deponter. Alta hospitalar. Aguarda e em observação. <div style="text-align: center;">  Dr. Edgley Porto ORÇARIA E TRAUMATOLOGIA SUCC-MARINHO - Facial CRO-PO-248 CBO 223268 </div> |
| | <div style="text-align: right;"> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 19 NOV. 2018 PROTOCOLO JOAO PESSOA </div> |



FICHA DE ANESTESIA

ANESTESIOLOGISTA: ALIXANDRO NUNES PEREIRA

CPF 50277705453 CRM 81617

ANESTESIOLOGISTA AUXILIAR:

CPF CRM

PACIENTE: LEONAR ROZATIUS MARTINS

IDADE: 54 SEXO: MAS ☐ FEM. ☒ APTO ☒ ENF. ☐ UTI ☐

IMC.: PESO: ALTURA: ASA: E-I-II-III-IV-V-VI

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

HOSPITAL: FAD DATA: 09.06.18

CONVÊNIO: Partic

NÚMERO DA CARTEIRA: 149988

GUIA DE INTERNAÇÃO:

SENHA:

INÍCIO: 9:50h TÉRMINO: 10:10

HORÁRIO ESPECIAL: SIM ☐ NÃO ☒

CIRURGIÃO: Elykley 1º AUX.: 2º AUX.:

| CÓDIGOS | PROCEDIMENTOS | VIA% |
|---------|-----------------------------------|------|
| 1 | <u>Remoção de tumor abdominal</u> | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |

HORA: 8:50h 10:10h

| AG. INAL. | LÍQUIDOS | MONITORIZAÇÃO |
|---|--|--|
| <u>Sc</u> | <u>500</u> <u>500</u> <u>500</u> | <input type="checkbox"/> PAM <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> TNM <input type="checkbox"/> Esteto. Esofágico <input type="checkbox"/> Esteto. Precordial <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> AN. Gases |
| S. Glicosado 5%: <u>230</u> | | |
| S. Fisiológico 0.9%: <u>220</u> | | |
| S. Lactato: <u>1000</u> | | |
| Conc. de Hemácias: <u>500</u> | | |
| | <u>T T T T T T</u> | |
| TOTAL: <u>1000</u> | | |
| OXIMETRIA | | |
| CAPNOGRAFIA | | |
| DIURESE | 1ª HORA = <u> </u> | 2ª HORA = <u> </u> 3ª HORA = <u> </u> |
| DROGAS UTILIZADAS | | |
| 1- <u>Felodipina 22</u> | 9- <u>Kopivona 2</u> | 17- <u> </u> |
| 2- <u>Furosemida 20</u> | 10- <u>Kopivona 2</u> | 18- <u> </u> |
| 3- <u>Furosemida 20</u> | 11- <u>Kopivona 2</u> | 19- <u> </u> |
| 4- <u>Furosemida 20</u> | 12- <u>Kopivona 2</u> | 20- <u> </u> |
| 5- <u>Furosemida 20</u> | 13- <u>Kopivona 2</u> | 21- <u> </u> |
| 6- <u>Furosemida 20</u> | 14- <u>Kopivona 2</u> | 22- <u> </u> |
| 7- <u>Furosemida 20</u> | 15- <u>Kopivona 2</u> | 23- <u> </u> |
| 8- <u>Furosemida 20</u> | 16- <u>Kopivona 2</u> | 24- <u> </u> |
| Transferido para: <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> APTO. <input type="checkbox"/> ENF. <input type="checkbox"/> <u> </u> | | |
| Técnica/ Observações: <u> </u> | | |

INDUÇÃO

☒ Endovenosa

☐ M. LARÍNGEA

☐ Raquianestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueios: Simples Contínua Caudal

SISTEMA

☐ M. LARÍNGEA

☐ Raquianestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueios: Simples Contínua Caudal

PROTÓCOLO

19 NOV. 2018

G. JOAO PESSOA



HOSPITAL ESCOLA DA FA

| | | |
|--|---------------------------------|-----------------|
| Nome do Paciente: <i>Alvina d. Fátima Gomes</i> | | Prontuário: |
| Data da Operação: <i>07/08/18</i> | Enf.: | Leito: |
| Operador: <i>Dr. Edley R. B.</i> | 1º Auxiliar: | |
| 2º Auxiliar: | 3º Auxiliar: | Instrumentador: |
| Anestesista: <i>Dr. Almeida</i> | Tipo de Anestesia: <i>gerl.</i> | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Ruptura de zygion G</i> | | |
| Tipo de Operação: <i>Redução unguim (técnica de Gussst)</i> | | |
| Diagnóstico Pós-Operatório: <i>Amarelo</i> | | |
| Relatório Imediato do Patologista: <i>ns heme</i> | | |
| Exame Radiológico no Ato: <i>ns heme</i> | | |
| Acidentes durante a Operação: <i>ns heme</i> | | |

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Viso

- 1. Acesso int. - gerl (técnica de Gussst)*
- 2. Redução unguim d. fatur d. zygion G*
- 3. Sutura e fixação nylon 4-0*
- 4. curativo compressivo*

Dr. Edley R. B.
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
R. P. 3848 CBO 2232

19 NOV. 2018
PROTOCOLADO
A.G. JOÃO PESS
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

EPHAP - 100 BLS. 001 - 08/98





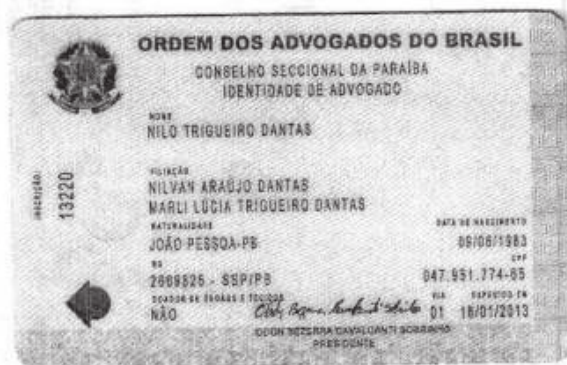
PERI-OPERATÓRIO

Nome Lealécia de Sá Idade 54Convênio Parate Leito 04 Unidade ala E Atendimento 739767

| | | | |
|--|--|---|--|
| 1. ORIGEM DO PACIENTE | | | |
| Emergência <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Posto de Enfermagem <input checked="" type="checkbox"/> Outro Hospital <input type="checkbox"/> Especificar: _____ | | | |
| 2. PRÉ-OPERATÓRIO | | | |
| 2.1 Data de Cirurgia: <u>09/06/18</u> | 2.2 Procedimento Cirúrgico Proposto: <u>Cisto de Hala</u> | 2.3 Pulseira de Identificação: MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | 2.4 Recebido por: <u>Korleli</u> Data <u>09/06/18</u> |
| 2.5 Sinais Vitais: T <u>36</u> FC <u>98</u> FR <u>20</u> PA <u>11</u> x <u>80</u> | 2.6 Pré-anestésico: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Medicação em uso: _____ | 2.7 Orientações: Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> | 2.8 Alergias: <u>Lo</u> |
| 2.9 Estado Emocional: Medo <input type="checkbox"/> Tranquilo <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Indiferença <input type="checkbox"/> | | | |
| 2.10 Antecedentes: Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Bronquite/Asma <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Hipertensão Maligna <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outros _____ | | 2.11 Cirurgias Anteriores: Reserva de hemoderivados: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especifique: _____ | |
| 2.12 Preparo: Higienização <input type="checkbox"/> Tricotomia <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> desde às _____ horas Preparo de Cólon <input type="checkbox"/> Satisfatório SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Adornos, esmaltes e maquiagem <input type="checkbox"/> | | | |
| 2.13 Exames: Sangue <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Eco cardiograma <input type="checkbox"/> Especificar _____ | | | |
| 3. INTRA-OPERATÓRIO | | | |
| 3.1 Recebido por Enf. <input type="checkbox"/> Tec. <input checked="" type="checkbox"/> Hora <u>9:40</u> Sala <u>05</u> | 3.2 Condições da Pele: <u>Integra</u> | 3.3 Entrada na Sala S.O: Anestesia Início: <u>9:50</u> Hs Término <u>10:10</u> Hs Cirurgia Início: <u>9:50</u> Hs Término <u>10:10</u> Hs Instrumentador: <u>M^o das Neves</u> Circulante: <u>Paula</u> | 3.4 Sinais Vitais: PA <u>118</u> x <u>76</u> FC <u>81</u> BPM Sat O ₂ (%) <u>99</u> |
| 3.6 Membro a ser Operado: MSD <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | 3.5 Posição do Paciente Durante o Ato Operatório: Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input checked="" type="checkbox"/> Ginecológico <input type="checkbox"/> Lateral D <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Ortopédica <input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Outros _____ | | 3.7 Solicitações: Sangue _____ ml Plasma _____ ml Anatomopatológico <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Exame laboratorial <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> |
| 3.8 Solução Anti-séptica utilizada: Clorexidina Alcoolizada <input type="checkbox"/> Éter <input type="checkbox"/> Outros _____ Clorexidina Degermante <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> PVPI Tópico <input checked="" type="checkbox"/> PVPI Degermante <input type="checkbox"/> | | 3.9 Grau de Contaminação: Limpa <input checked="" type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/> | |
| 3.10 Bisturi <u>não</u> Elétrico <input type="checkbox"/> Nº Serie: _____ Bipolar <input type="checkbox"/> Nº Serie: _____ | 3.11 Uso do Colchão Térmico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura (°C) 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ 20 min _____ | | 3.12 Material/ Equipamentos fornecido por terceiros: <u>não</u> Material _____ Fornecedor _____ Data da Esterilização: ____/____/____ Data da Validade: ____/____/____ |
| 3.13 Nº de Compressas Utilizadas: Quantidade no Início <u>5</u> Quantidade no Término <u>5</u> | 3.14 Condições da pele ao término da cirurgia: <u>Integra</u> | 3.15 Medicações/hora: <u>não</u> | |
| 3.16 Encaminhado para: SRPA <input checked="" type="checkbox"/> Hora _____: _____ UTI <input type="checkbox"/> Especificar _____ Unidade de Internação <input type="checkbox"/> Especificar _____ Hora _____ Horário de saída da S.O. _____: _____ | | 3.17 Tipos de Cirurgia: Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> | |

19 NOV. 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
Nº 011575122469
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 00471171816100000000 2014

JOSE HENRIQUES DANTAS

1088645435/PB

NOVO

PAS/MOTOCICLETA/NOVA PLAC

HONDA/POPT00

2012

PREV

1º

2º

3º

PREV

29/05/2014

29/05/2014

29/05/2014

LA CORB 0001-000-100

CONTRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PBNP 011575122469 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE HENRIQUES DANTAS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

1088645435/PB

SAC DPVAT 0800 022 1204

2014

VIA JOSE HENRIQUES DANTAS

RENAVAM

NOVO 90888051434

00471171816

PREMIO HONDA/POPT00

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

9C2HB0210CR440314

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.688/0001-94

www.seguradoralider.com.br

671-1537116-20140529

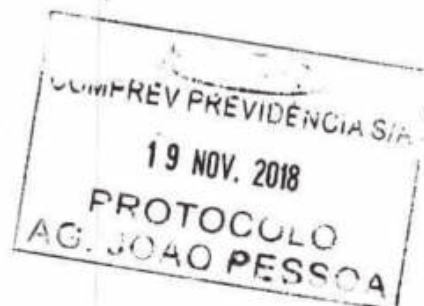
COMPREV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA





PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Rua José Osório Dantas, 180, Bairro JK, Piau-PB



PROCURAÇÃO

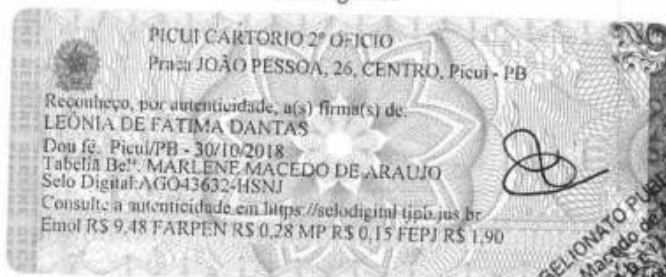
Outorgante: Leônia de Fatima Dantas
brasileiro(a), solteira, agricultora
portador(a) do RG nº. 1.235.827 expedido por SS/PB em
01/09/1986 e do CPF nº. 727.510.374-53, residente na (o)
Sítio Mendes - SN - Zona rural
município de Barauna - PB, CEP 58.188-000

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 30 de outubro de 2018.

Leônia de Fatima Dantas
outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419200/18

Vítima: LEONIA DE FATIMA DANTAS

CPF: 727.510.374-53

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: LEONIA DE FATIMA DANTAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

LEONIA DE FATIMA DANTAS : 727.510.374-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/11/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RENATO LUNA DIAS

