

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000024990890-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.237.344-90 4 - Nome completo da vítima: Ana Lucia de Aguiar da Silva

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

5 - Nome completo: Ana Lucia de Aguiar da Silva 6 - CPF: 057.237.344-90
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Pádua Pinto 9 - Número: 671 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Solânea 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59225000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 93988597538

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:

☒ RECURSO 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: CUBANIL

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 249908905
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não 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, Solânea PB 15/03/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 736/2021

Aos VINTE E UM dias de SETEMBRO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:50min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA, conhecido(a) por **ANA LUCIA**, Identidade nº 57.967.570-1-SSP/SP, CPF nº 057.237.344-90, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: estudante, filho(a) de José Costa Silva E De Elisete Barreto De Azevedo Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/10/1986 (34 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Pinto, Nº 678, tendo como ponto de referência: Oróximo a esquina de Zé Vito, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: 83.9.9334-9837.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 20 de outubro de 2020;
- 3) **Horário do fato:** 23h:0min;
- 4) **Local do fato:** Rua Jatobá - SOLÂNEA/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA- GUARABIRA/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

HONDA CG 150 START, DE COR VERMELHA, PLACA QFY 2629/PB, CHASSI: 9C2JKC1670FR552204, ANO 2015/2015, RENAVAN 0107233396-9.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

- 1) **SEVERINO RUFINO, Residente à Rua Dionísio Rodrigues - Solânea/PB;**
- 2) **PATRICIA MIRANDA DA SILVA, Residente à Rua Dionísio Rodrigues - Solânea/PB;**

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia, hora e local acima declinados a noticiante estava pilotando a referida motocicleta nas proximidades do Cemitério de SOLÂNEA; QUE repentinamente uma motocicleta conduzida pela noticiante perdeu o controle ao passar em uma lombada e veio a cair da motocicleta; QUE a noticiante caiu e sofreu trauma, sendo submetida a tratamento cirúrgico de LUXAÇÃO/FRATURA - LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA no HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA- GUARABIRA/PB, permanecendo na unidade Hospitalar por apenas 01 dia.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Ana Lucia de Azevedo Silva

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
Comunicante

Roberta Shirley da Silva Bernardino

Roberta Shirley da Silva Bernardino
Escrivã ah doc
Matrícula 003235



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: 057.237.344-90 4 - Nome completo da vítima: Ana Lucia de Aguiar da Silva

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

5 - Nome completo: Ana Lucia de Aguiar da Silva 6 - CPF: 057.237.344-90
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Pádua Pinto 9 - Número: 671 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Solânea 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59225000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 93988597538

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: CUBANK

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 249908905
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
não 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, Solânea PB 15/03/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Cod. 22210

SH

11.23.90



ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL DISTRIAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA DE SAUDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS
NOME: HOSPITAL DISTRIAL DE SOLÂNEA
CÓDIGO DO CNES: 2613379
ENDEREÇO: RUA PROFESSORA ALAIDE SILVA, 131
MUNICÍPIO: SOLÂNEA UF: PB

PACIENTE
NOME: Ana dos Anjos
PROFISSÃO: enfermeira
ENDEREÇO: Rua da Paz
MUNICÍPIO: Solânea
CÓDIGO IBGE - MUNICÍPIO: 5107808
DATA DO NASCIMENTO: 08/08/78
RAÇA / COR: 4 - PRETA
DATA DO ATENDIMENTO: 20/10/2020

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Visita de avaliação de
ausculta, palpato, presença
lesão no antebraço
Cefaleia leve com
no nariz (cloro)
A cloro nasal.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
1. OXIGÊNIO
2. FARMACOLOGIA
3.
4.

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 ACIDENTE DE TRÂNSITO.
☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição
RX visão Direta
ID Sistema de Avaliação de

DIAGNÓSTICO:
Patologia

MEDICAÇÃO:
☒ PRESCRITA
☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ ÓBITO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO
1 - 010202020000915
2 -
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - carimbo
Carimbo

CNS CBO CRM
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. DO ADMINISTRADOR - carimbo
Patricia Miranda da Silva

30.10.50 23.40 h. A parente sua Lucia Nogueira, 34
anos, em visita na unidade hospitalar acompanhada
de amigos. Uma queda de nuca, com fratura occipital,
fractura da base do crânio e lesões de grau III na
coluna cervical. Após 48 h. de internamento, com
problemas de deglutição e de eliminação de fezes,
foi submetida a cirurgia de emergência para
descompressão da medula cervical. A cirurgia
foi realizada com sucesso e a paciente foi
transferida para o Hospital Geral de Curitiba.

Patricia Miranda da Silva

Patricia 31.10.50

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/10/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321022568401

VALOR TOTAL:

3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000024990890

Número da Autenticação

938C2F9BEC1C62BE

ELISETTE BARRETO DE AZEVEDO SILVA
RUA PADRE PINTO, 571 - CENTRO
SOLANEA/PB CEP: 58275000 (AQ-44)
CPF/CNPJ/RN: 305.432.754-48



Grupo CONVENICOM (BARRAGEM/Subgrupo B1)
Classe RES MTC B1 / Subclasse BARRAGEM
Ligação MONOFÁSICA
Roteiro 10-44-10-3470 IP Medidor 80001331305

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/307111-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000030711115



VALOR DA FATURA

R\$ 34,94



VENCIMENTO

24/11/2020



REFERÊNCIA

Nov / 2020



CONSUMO

85kWh

2,88 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa U Tabela	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0001	Consumo de kWh - BR	30	0,140000	4,20	0,00	0,00	2,30	0,05
0001	Consumo - 21 a 100 kWh - BR	55	0,207070	11,39	0,00	0,00	13,57	0,17
0003	Substituição			23,36	0,00	0,00	23,36	0,21
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO E IMPOSTO			0,27	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Despesas Substituídas			22,16	0,00	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação do Débito	TOTAL	34,94	0,00	0,00	47,53	0,43	2,02
Tarifa U/Tabela	Até 30 kWh	0,140000	Até 100 kWh	0,207070				

RESERVADO AO FISCO MT1.450n.7b52.32d2.8aeb.da46.570d.3a26.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS

Anterior 15/10/20 12941
Atual 17/11/20 14026
Consumo 85 kWh
Período 32 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA
17/12/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	0,50	1,43
Consumo de Energia	6,54	18,43
Serviço de Transmissão	1,50	4,29
Encargos Setoriais	1,99	5,69
Impostos Oribina e Encargos	11,72	33,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,94	100,00

Encargos de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 9/2020) R\$ 10,25

* P. Ajustamento pela implantação

INDICADORES DE QUALIDADE

ÍNDICE	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
MTA	8,91	0,10	11,82	75,64
Horas que o cliente ficou sem energia - DSC	3,33	1,00	8,80	13,20
Tempo que o cliente ficou sem energia - FIC	3,48	0,10		
Duração da maior interrupção de energia no período - OMIC	13,22			
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI				

ATENÇÃO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 30 de Abril de 2002.
- Prezado cliente, mantenha seu cadastro atualizado no programa do Governo Federal. Procure o setor responsável pelo Bônus Família e Cadastro Único de sua cidade para atualizar. Se houver uso de algum benefício do Governo Federal e ainda não tem o desconto em sua conta, procure a Energisa, a sua fatura de energia pode ter desconto de até 65%.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está procurando se conectar pelos canais virtuais: site, App Energisa On e Whatsapp (85) 80136-5540.

- Sua unidade foi faturada como Bateria Frigorífica, sendo um desconto de R\$22,18.
- Encargos do ICMS pago na base de cálculo do PIS/COFINS, conforme Solução de Consulta Interna COSIT nº 13/2018 da Receita Federal. O percentual de redução, na base de cálculo das contribuições, não será aplicado mais para este consumidor.

Baixe o Energisa On





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ANA LUCIA AZEVEDO, deu entrada nesta Unidade de Saúde, no dia 20/10/2020 às 23:40, vítima de acidente de moto, conforme consta em nosso registro de Atendimento Ambulatorial de Nº 22210. CID: S62.7

Solânea- PB, 20 de Outubro de 2020


Humberto de A. Lima
Médico
CRM/PB 1744



HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54

Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente		CPF:	Nº Arquivo	Nascimento	
ANA LÚCIA DE AZEVEDO SILVA		057.237.344-90	63115/678/2020	08/10/1986	
Residência					
RUA PADRE PINTO, 671					
Cidade		UF	CEP	Bairro	
SOLÂNEA		PB	58225-000	CENTRO	
Naturalidade		Religião	Nacionalidade	País	
SOLÂNEA			BRASILEIRA		
Telefone	Estado Civil	Tipo Documento		Nº Documento	Emissor
9-9416-0148		RG		57967570-1	SSP- SP
CNS	Data Internação	Idade	Sexo	Cor	Nº Filhos
702 9025 1523 0477	04/11/2020	34 ANOS	F		
Nome do Pai		Nome da Mãe			
JOSÉ COSTA SILVA		ELISETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA			
Responsável		Grau Parentesco	Endereço	Telefone	
Cidade		UF	Tipo Doc Responsável	Nº Doc Responsável	
Unidade		Tipo de Quarto	Quarto	Leito	
Convênio	Tipo Plano	Num. Carteira	Dt. Validade	Clínica	
SUS					
Hipótese Diagnóstica (CID)			Diagnóstico Definitivo		

Médico Responsável	Conselho	Número	Data da Alta
DR. LEONARDO MIRANDA	CRM	8877	04/11/2020

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE

Observações:

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Hospital Dia **TOP Mais** RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	26	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATORIO IMEDIATO. CD: ANALGESIA + ATB + ORIENTAÇÕES DE RETORNO.	

ALTA MÉDICA HOSPITALAR

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	

Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 194637

CARIMBO

ASSINATURA: _____

ALTA DA ENFERMAGEM

			DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal ☒	Alterado ☐	
Respiração	normal ☒	alterada ☐	
Circulação	normal ☒	alterada ☐	
Edema de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Cianose de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Urina	normal ☒	diminuído ☐	ausente ☐
Curativo	normal ☒	alterado ☐	
Ferida Cirúrgica	normal ☒	Alterada: ☐	
Sangramento pela ferida	ausente ☒	normal ☐	elevado ☐
Cateter	presente ☐	Ausente ☒	
Presença de acompanhantes	presente ☒	ausente ☐	
Orientações			

NOME ENFERMEIRA: **Enfermeira Vedeias Cabral**
ENFERMEIRA
ASSINATURA: COREN 194637/B

DATA: 04/11/2020.

HORA: 13:00 H

CARIMBO:

Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 194637

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	4	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

CIRURGIÃO:	HORA INICIO DA CIRURGIA: 07:10	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 07:55
ANESTESISTA:	DR. LEONARDO MIRANDA	
1 AUXILIAR:	DR. AURELIO	
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:	GARDENIA	
CIRCULANTE:		
PATOLOGIA:		
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
CIRURGIA REALIZADA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
FORNECEDOR O.P.M.E.:	PRÓPRIO	
O.P.M.E. UTILIZADO:		
OBSERVAÇÕES:		
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAÇÃO
 ASSEPSIA E ANTISSPESIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
 INCISÃO EM REGIAO DORSAL DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
 VISUALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA DE REDUCAO DE FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 APOSIÇÃO DE 02 FIOS DE K Nº 1,5 CRUZADOS EM 2º E 3º QDD
 LAVAGEM DO SITIO CIRUGICO COM SF0,9%
 SUTURA POR APROXIMAÇÃO
 CURATIVO
 TALA LUVA

[Assinatura]
 Dr. Leonardo Miranda
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 123456

92 04/11/2020

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	CP	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	()M	(X)F	

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG, SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATÓRIO IMEDIATO. CD: FIXAÇÃO COM FIO DE K + ANALGESIA E ATB. ORIENTAÇÕES PARA RETORNO AMBULATORIAL.	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

ASSINATURA MÉDICO: _____

5

CARIMBO

On 1-11-74, [Signature] in [illegible]
[illegible] [illegible]

ANA LUCIA DE AZEVEDO

MAO DIR
04.11.2020

PUNHO DIR
04/11/2020





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ANA LUCIA AZEVEDO, deu entrada nesta Unidade de Saúde, no dia 20/10/2020 às 23:40, vítima de acidente de moto, conforme consta em nosso registro de Atendimento Ambulatorial de Nº 22210. CID: S62.7

Solânea- PB, 20 de Outubro de 2020


Humberto de A. Lima
Médico
CRM/PB 1744



HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54

Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente		CPF:	Nº Arquivo	Nascimento	
ANA LÚCIA DE AZEVEDO SILVA		057.237.344-90	63115/678/2020	08/10/1986	
Residência					
RUA PADRE PINTO, 671					
Cidade		UF	CEP	Bairro	
SOLÂNEA		PB	58225-000	CENTRO	
Naturalidade		Religião	Nacionalidade	País	
SOLÂNEA			BRASILEIRA		
Telefone	Estado Civil	Tipo Documento		Nº Documento	Emissor
9-9416-0148		RG		57967570-1	SSP- SP
CNS	Data Internação	Idade	Sexo	Cor	Nº Filhos
702 9025 1523 0477	04/11/2020	34 ANOS	F		
Nome do Pai		Nome da Mãe			
JOSÉ COSTA SILVA		ELISETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA			
Responsável		Grau Parentesco	Endereço	Telefone	
Cidade		UF	Tipo Doc Responsável	Nº Doc Responsável	
Unidade		Tipo de Quarto	Quarto	Leito	
Convênio	Tipo Plano	Num. Carteira	Dt. Validade	Clínica	
SUS					
Hipótese Diagnóstica (CID)			Diagnóstico Definitivo		

Médico Responsável	Conselho	Número	Data da Alta
DR. LEONARDO MIRANDA	CRM	8877	04/11/2020

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE

Observações:

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Hospital Dia **TOP Mais** RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	26	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATORIO IMEDIATO. CD: ANALGESIA + ATB + ORIENTAÇÕES DE RETORNO.	

ALTA MÉDICA HOSPITALAR

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	

Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100000

CARIMBO

ASSINATURA: _____

ALTA DA ENFERMAGEM

			DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal ☒	Alterado ☐	
Respiração	normal ☒	alterada ☐	
Circulação	normal ☒	alterada ☐	
Edema de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Cianose de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Urina	normal ☒	diminuído ☐	ausente ☐
Curativo	normal ☒	alterado ☐	
Ferida Cirúrgica	normal ☒	Alterada: ☐	
Sangramento pela ferida	ausente ☒	normal ☐	elevado ☐
Cateter	presente ☐	Ausente ☒	
Presença de acompanhantes	presente ☒	ausente ☐	
Orientações			

NOME ENFERMEIRA: **Enfermeira Vedeias Cabral**
 ASSINATURA: **COREN 194674/B**

DATA: 04/11/2020.

HORA: 13:00 H

CARIMBO:

Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	4	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

CIRURGIÃO:	HORA INICIO DA CIRURGIA: 07:10	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 07:55
ANESTESISTA:	DR. LEONARDO MIRANDA	
1 AUXILIAR:	DR. AURELIO	
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:	GARDENIA	
CIRCULANTE:		
PATOLOGIA:		
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
CIRURGIA REALIZADA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
FORNECEDOR O.P.M.E.:	PRÓPRIO	
O.P.M.E. UTILIZADO		
OBSERVAÇÕES:		
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAÇÃO
 ASSEPSIA E ANTISSPESIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
 INCISÃO EM REGIAO DORSAL DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
 VISUALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA DE REDUCAO DE FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 APOSIÇÃO DE 02 FIOS DE K Nº 1,5 CRUZADOS EM 2º E 3º QDD
 LAVAGEM DO SITIO CIRUGICO COM SF0,9%
 SUTURA POR APROXIMAÇÃO
 CURATIVO
 TALA LUVA

[Assinatura]
 Dr. Leonardo Miranda
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 100000

90 04/11/2020

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	CP	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	()M	(X)F	

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG, SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATÓRIO IMEDIATO. CD: FIXAÇÃO COM FIO DE K + ANALGESIA E ATB. ORIENTAÇÕES PARA RETORNO AMBULATORIAL.	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

ASSINATURA MÉDICO: _____

5

CARIMBO

On 1-11-74, [Signature] in [illegible]
[illegible] [illegible]

ANA LUCIA DE AZEVEDO

MAO DIR
04.11.2020

PUNHO DIR
04/11/2020





ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA

CÓDIGO DO CNES: 2613379

CNPJ: 08.778.268/0010-51

ENDEREÇO: RUA PROFESSORA ALAIDE SILVA, 131

MUNICÍPIO: SOLÂNEA

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

NOME DO PACIENTE: Anna de Paula Costa Silva

PACIENTE

SEXO: F

PROFISSÃO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

ESTADO

CNPJ

CÓDIGO IBGE-MUNICÍPIO

DATA DO NASCIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

RACIA / COR

☐ 1 - BRANCA

☐ 2 - PRETA

☐ 4 - AMARELA

☐ 5 - INDIGENA

☒ 3 - PARDA

☐ 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Colheita de secreções de

Leishmaníase. Presença

lesão no antebraço

Essa lesão se resolveu

no primeiro (chegar)

e desapareceu.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

1. MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
2. Ocorrência de eventos adversos
3. Fica a ser avaliada
4.

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 ACIDENTE DE TRÂNSITO.

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

PROCEDIMENTO - descrição

Atendimento de emergência

DIAGNÓSTICO:

Leishmaníase cutânea

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ INTERNAÇÃO

☐ ÓBITO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. 010101010101

2. 010101010101

3. 010101010101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU FISCAL DIRETO

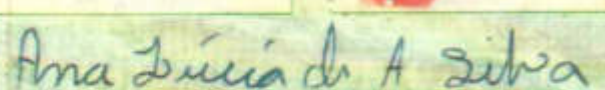
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO ADMINISTRADOR - carimbo

[illegible]

x Patricia Minerva da Silva

505

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2		REGISTRO GERAL 57.967.570-1	DATA DE EMISSÃO 22/OUT/2013
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA		NOME ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNILTON CAVALCANTE		FILIAÇÃO JOSÉ COSTA SILVA	
 		E ELISETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA	
PROIBIDO PLASTIFICAR		NATURALIDADE SOLANEA -PB	DATA DE NASCIMENTO 08/OUT/1986
		DOC ORIGEM BANANEIRAS-PB	
B703-055243		BANANEIRAS	
ASSINATURA DO TITULAR		CPF CN:LV.A08 /FLS.109 /N.008430	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		 17º Delegado Divisionário de Polícia IIRGD-SSESP ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/93	

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

057.237.344-90

Nome

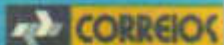
ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Nascimento

08/10/1986

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

 **CORREIOS**

7003781



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/03/2021

IDENTIDADE 57.9631530

ASSINATURA

Assinatura do Portador da Documentação

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Assinatura do Responsável pelo Recebimento na Seguradora

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210225684 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA **Data do acidente:** 20/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 MODERADA DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: PÁG 6

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Número do Sinistro: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 28/09/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA : 057.237.344-90

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: 24/09/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Número do Sinistro: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/10/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Número do Sinistro: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

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: 18/10/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

JOSIVAN GOMES DA SILVA