
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000376

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MILENA KELLY DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000376

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MILENA KELLY DA 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

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

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MILENA KELLY DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000114320-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel/DDD:

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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.

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 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 existência e quantificação 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

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(s) nascido(s)? ☐ 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - [*] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 8634 0602

5067

VALIDO ATÉ
02/24

BRUNO AMORIM S FERREIRA
0038 013 00058926-7

elo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

710-197-224-10 Milena Kelly 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: 6 - CPF: 7 - Número: 8 - Complemento:

9 - Profissão: 10 - Endereço: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

Milena Kelly da Silva 710-197-224-10 280 13 - Complemento: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

Ricardo dos Carqueiros 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

Indústrias João Pessoa PB 58083-810 (83) 986634900

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\$1.000,00 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 bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (informe os bancos):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3033 CONTA: 114.320 9 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.

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 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.

Por motivo acima exposto, solicito o pagamento imediato da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, entendendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo 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 - Graude 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: 30 - Vítima deixou esposo(a) ou marido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 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 a quem se apresentar e provar esta condição, estando morto, a saber, de que sua qualificação não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (**) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19
Milena Kelly da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ORIA JURÍDICA

23

Agência: 1033

Operação: 013

Conta: 114.320-9

Helena Kelly da Silva





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00314.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00314.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:54 horas do dia 06 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Bruno Amorim dos Santos Correia**, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Seminformação, filho(a) de Maria da Luz Amorim dos Santos e João Batista Laurentino Ferreira, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 23/12/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Manoel de Oliveira Junior, Nº S/N, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Igreja Assembleia, na cidade de Bananeiras/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Jatoba, Pb 105, Bananeiras/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/07/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

Local: Pb 105 - Rua do Jatobá, Outros, Bananeiras/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/07/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que vinha de carona na motocicleta, no qual quem pilotava era a pessoa de Fabiano Alvino Barbosa; QUE vinha de carona em uma motocicleta, marca e modelo: YAMAHA /YS 150 FAZER ED ,ano e modelo:2013/2014 de cor preta, placa: NQD 7931/PB, Chassi: 9C6KG0660E0010378, registrado em nome de Luiz Sérgio Francisco Ramos-CPF 689.814.494-49; QUE relata que seguia normalmente em sua mão, quando um veículo/automóvel veio na contra mão e colidiu (piloto e carona) ; QUE relata que não sabe especificar marca e modelo, nem condutor do veículo , pois esse evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE O notificante foi socorrido para o H.E.T.S.H.L , e no dia 14/07/2018 foi encaminhado para o complexo Hospitalar de Mangabeira conforme certidão 1579/2008, assinado pela médica de Vigilância a Saúde CRM 2959/PB Dr: Sonia Maria Maciel Pontes de Oliveira; QUE não quer representar criminalmente.

ADENDO(S):

Que na data 06/12/2019, à(s) 11:19 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: OBS: A ONDE SE LER: BRUNO AMORIM DOS CORREIA É PARA SE LER: BRUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA . Adendo registrado por: José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital

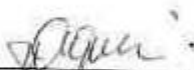


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

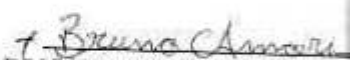


Secre-
Seguranç

João Pessoa/PB, 06 de _____



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



BRUNO AMORIM DOS SANTOS
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00307.01.2019.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00307.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:56 horas do dia 04 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Milena Kelly da Silva**, CPF nº 710.197.224-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Joseneide Francisca da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/11/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Luiz Carlos Prestes, Nº 280, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Outros, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Dois de Novembro, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/04/18 13:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

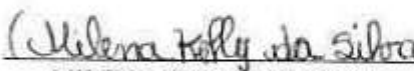
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante relata que trafegava na sua mão com o veículo/motocicleta, marca e modelo: HONDA/XR 250 TORNADO, ANO E MODELO: 2003 DE COR AZUL DE PLACA: MMP0365/PB, registrado em nome: Elysson Cunha Lourenço, CPF 104.233.784-57, Chassi: 9C2MD34003R104134; QUE relata que seguia normalmente quando um motoqueiro que estava em uma moto Honda FAN, de cor preta, não sabendo especificar marca e modelo, nem condutor pois esse logo após evadiu-se do local; QUE segundo a notificante esse condutor não esperando um veículo que passava no local, saiu de uma rua fazendo um conversão errada e colidiu com a moto da notificante e que devido ao impacto foi jogada ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1316/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 26.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MILENA KELLY DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel/DDD:

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação 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

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(s) nascido(s)? ☐ 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 Lider 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 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - [*] Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 8634 0602

5067

VALIDO ATÉ
02/24

BRUNO AMORIM S FERREIRA
0038 013 00058926-7

elo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

710-197-224-10 Milena Kelly 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: 6 - CPF: 7 - Número: 8 - Complemento:

Profissão: 9 - Endereço: 10 - Cidade: 11 - Estado: 12 - CEP:

13 - E-mail: 14 - Telefone: 15 - Fone:

16 - E-mail: 17 - Telefone: 18 - Fone:

19 - E-mail: 20 - Telefone: 21 - Fone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

22 - Nome completo do Representante Legal: 23 - CPF do Representante Legal: 24 - Profissão do Representante Legal:

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

26 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 27 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 28 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

29 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 30 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 31 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

32 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 33 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 34 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

35 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 36 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 37 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

38 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 39 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 40 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

41 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 42 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 43 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

44 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 45 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 46 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

47 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 48 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 49 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

50 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 51 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 52 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

53 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 54 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 55 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

56 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 57 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 58 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

59 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 60 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 61 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

62 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 63 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 64 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

65 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 66 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 67 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

68 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 69 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 70 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

71 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 72 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 73 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

74 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 75 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 76 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

77 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 78 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 79 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

80 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 81 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 82 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

83 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 84 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 85 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

86 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 87 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 88 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

89 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 90 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 91 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

92 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 93 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 94 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

95 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 96 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 97 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

98 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 99 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 100 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

101 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 102 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 103 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

104 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 105 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 106 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

107 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 108 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 109 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

110 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 111 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 112 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

113 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 114 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 115 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

116 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 117 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 118 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

119 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 120 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 121 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

122 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 123 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 124 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

125 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 126 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 127 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

128 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 129 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 130 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

131 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 132 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 133 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

134 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 135 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 136 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

137 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 138 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 139 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

140 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 141 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 142 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

143 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 144 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 145 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

146 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 147 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 148 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

149 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 150 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 151 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

152 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 153 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 154 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

155 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 156 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 157 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

158 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 159 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA: 160 - RENDIMENTO ANUAL DO TITULAR DA CONTA:

ORIA JURÍDICA

23

Agência: 1033

Operação: 013

Conta: 114.320-9

Helena Kelly da Silva



CERTIDÃO

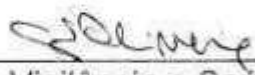
Nº. 1579/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 144614 e Prontuário nº 2018.07.001713 pertencentes a **BRUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA** que foi atendido dia 14/07/2018 às 01H01min, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ulna esquerda e quadril esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/07/2018 com alta médica dia 01/08/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018



Médica da Vigilância a Saúde
CRM/ 2959



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/055, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2054015, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MILENA KELLY DA SILVA** idade 17 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 26/04/2018, na R. Dois de Novembro, Bairro: das Indústrias - João Pessoa - aproximadamente às 13:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILENA KELLY DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000114320-9

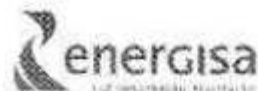
Nr. da Autenticação 15DA104164FFB51D

BOLETO PARA PAGAMENTO

*Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simplificar pagamento da conta de luz da energia elétrica. Nº 034.319.503



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insal. Est. 16.615.823-4

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS RUA MANUEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR S/N BANANEIRAS			5/1106190-0	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	18/11/2019	57	25/11/2019	R\$ 22,59

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08705.613175 2 80840000002259				
Pagador: MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS CNPJ/CPF: 042.063.244-17				
RUA MANUEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR S/N - CENTRO - BANANEIRAS / PB - CEP 03000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008705613	001106190201911	25/11/2019	R\$ 22.59	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

543527

REFERENCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FATIMA DA SILVA CAVALCANTE
RUA DOS CARTEIROS, 280 - INDUSTRIAS JOAO PESSOA PB
58083-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001.033.225.0204.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y18F096097	23/08/2018	EXT.CALC	LIGADO	FACTIVEL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
112		8	32	09/12/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 MS.						
OUT/2019	8	1	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2019	8	1	TURBIDEZ	268	302	299
AGO/2019	8	1	COLOR.	268	302	302
JUL/2019	8	1	COL.TERMOT	0	0	0
JUN/2019	8	1	COR	75	111	118
MAI/2019	8	1	COL.TOTAIS	28	302	290
MEDIA(M)	8		DADOS REFERENTES A: SET/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/11/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:42:17

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 09/2019		1,37
JUROS DE MORA 09/2019		0,49

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 23/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 70,10



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDROMETEIRO TIPO DE TARIFA: 1
ANORMALIDADE: HIDROMETRO QUEBRADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUARIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

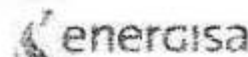


CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
543527	NOV/2019	23/11/2019	R\$ 70,10

82640000000 4 70100010001 9 00054352701 4 11201950003 5





Local: MONOFASCO
Clasificación: COMATC 831 (COMERCIAL, COMERCIAL)
Número: 12-5-202-425 Referencia: No-170-1
Módulo: 00000067621 Emisión: 20/11/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-550 Amos, Distrito Federal, João Pessoa, PE - CEP 50714-670
CNPJ Nº 06.903.100/0001-44. Ins. Est. 16.015.020-6

Ata Fossil: Conta de Energia Elétrica 1004520-046
Cód. para Débito Automático: 0006992011

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

070.942.224-45

1952 53:

UC (Unidade Consumidora)

51698281-1

Será um erro grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação de seu filho.

[illegible]

CCI Cadegem Classificação de Item	TOTAL	226.67	218.85	54.31	218.66	1.92	9.39
Terraplenagem	0.545431						

Monthly oil and gas sales (kwh)

27/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 229,87

0	3	6	15	3	3	3	3	3	3	187	242	246
Nov18	Dec18	Jan19	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18	Nov18

24-54100-105-22374

37b6 1ac7 d42c 65c1 f4a1 472a dcd2 c616

Discriminacao				Valor (R\$)	%
Despesa de Impl. de Equipamento	56,84	24,21			
Despesa de Energia	66,3	29,20			
Despesa de Transporte	2,28	1,00			
Despesa de Servicos	9,24	4,05			
Despesa de Outros e Encargos	27,41	12,09			
Outros Reservas	3,00	1,33			
Total				239,87	100,00

Volume 11, 2009, pp. 2619-2626

AVISO: Fornecedor em atrasos DEBEMOS ATRIBUIR a mais custos, e suspender do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até a rescisão do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga, natureza confirmada.

Out/19 213.55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 244006 07475 127176 5 80860000022987

RAFAEL REANFLER DE SILVA SANTANA, CPF/CNPJ: 010.942.324-45
RUA ARISTIDE JORGE COSTA QUARTE 157, SALA 31, MANGABEIRA, JOAO NESSA/PB CEP: 58066-200

Número	Pa Documento	Data de vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31510441007475137	001549361001011	27/11/2019	R\$ 219,07	

[illegible]

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 8183 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruno Amorim dos S. Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.169.704 07

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bruno Amorim dos S. Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.169.704, 07 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 Lider-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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
CEP: <u>58056-384</u>		Tel (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 12/12/19

Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/815107E7CAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

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 SÚSPETAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Milema Kelly da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.197.224, 10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Milema Kelly da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.197.224, 10 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 12/12/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

ESPORTE DE JOAO PESSOA

CONSULTA EM TRAUMA ORTOPEDIA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-354 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144614

Atd: Nao Regular

Data: 14/07/2018

Hora: 01:01:03

Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991309024

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/12/1995 Id: 22 ano(s)

Mãe: MANOEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR, 00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: BANANEIRAS UF: PB

Mãe: MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A ESPOSA - LUCIANA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

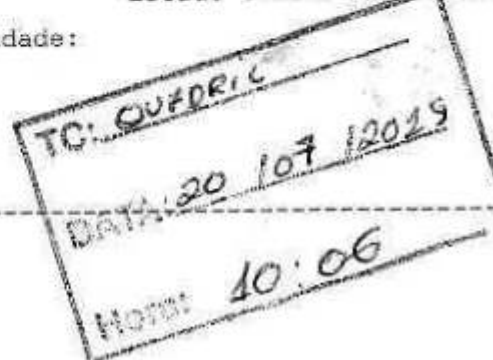
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.001713

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:



Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Sinais Principais Pouco movimento do trauma

TRAUMATISMO C/ fr fechado de ombro do membro ESQ.

Infecção de pele antebraço e punho ESQ.

Aceno em MSE.

hipertensão em MSE e MIE

Exame - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Pr de Ombro e punho ESQ: fr duplino do ulna ESQ

fr duplino de T. hum e f. hum ESQ.

Diagnostico Fr Fechado em ombro do membro ESQ

Fr fechado em T. hum e f. hum ESQ

Prescrição

① Intenso T. do Ombro

② T. em MSE e MIE.

③ Sol. pré-op

④ Sutura

Horario da medicacao

Dr. João Paulo Primo
Ortopedista/Traumatologista
CRM 2848/TEOT 15506

Ca

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

21

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência	☐ Transferido	☐ Desistência	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte em DDH sob raqui
- ② Assise + Dissep + CLE
- ③ Gortamento a nível de coxa (E

Incisão:

- ④ Incisões longitudinal medial em tibia/perna (E
- por plano até o osso + hemostase

Achados:

- ⑤ Fratura de tibia distal com desvio

Condução:

- ⑥ Redução exata de fratura de tibia (E
- ⑦ Colocação de placa ORP de 10 furros e
- fixação com parafusos corticais 10 parafusos
- ⑧ Controle com stopie
- ⑨ Sutura por planos
- ⑩ Curativo + Retiro garrote
- ⑪ RDA

Fechamento:

OBS:

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6827 TEOT 14247
FUNAD/CNS 98001628349973

Data: 29/07/18

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: BRUNO AMORIM DOS SANTOS				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: ORTO	EMP:	LR:
Data: 31/07/2018	Cirurgião: DR. PACELLI			1º Assistente: DR DANIEL (R3)	
2º Assistente: DR. VALDEBAN		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: DRA CAMILA		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRATURA DE ULNA E					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
RAFI					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH

Assepsia e Anti-sepsia

Aposição de campos estéreis

Incisão:

VIA PRÓPRIA DA ULNA

Achados:

FRATURA DE ULNA E COM GRANDE CUNHA

Conduta:

REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP DE 10 FUROS + PARAFUSOS

REALIZADO CONTROLE RADISOCÓPICO DURANTE ATO CIRÚRGICO

LAVAGEM COM SF0,9%

SUTURA POR PLANOS

LIMPEZA

CURATIVOS

RADIOGRAFIA DE CONTROLE

Fechamento:**OBS:**

Data: 31/07/2018

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

MÉDICO/CRM

CERTIDÃO

Nº. 1316/2018

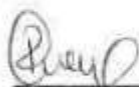
Atendendo solicitação de JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº123619 e Prontuário de Nº2017.06.001247, pertencente a **MILENA KELLY DA SILVA** que foi atendida dia 26/04/2018 às 18h20min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em 1º, 2º e 3º dedos do pé direito.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão extensora de 1º, 2º e 3º dedos do pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/04/2018 com alta médica dia 28/04/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

Il. Rossana de Fátima de Araújo Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGUEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 123619 Atd: Nao Regular
Data: 26/04/2018
Hora: 18:20:56
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SF
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: MILENA KELLY DA SILVA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.06.001247

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986541386

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/11/2000 Id: 17 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE MARIZOPOLIS, 64APT 202

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endereço: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM MOTO NO BAIRRO DAS INDUSTRIAS

Vitima de violência por: FX AO MERCADINHO BANDEIRA, AS 15HRS CONDUTORA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Qx Principal

TRAUMA EM PE DIREITO

História - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Lesão de Tórax Externos 20
1º, 2º e 3º PDD

Diagnostico

Conduta

As Lesões Civis P/Torax

Prescrição

Horario da medicacao

→ Dipirone 3x1 ABR
→ Tilotil 20 (R)
→ C. 1.0.1.

Carlos Augusto Nava
CRM-PB 6973
CRM-PB 5396
CRM-PE 14654
CRM-PE 9376

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

afonense C. da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Helena Kelly da Silva Data da Admissão: 26, 04, 18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / 1

QPD: _____

HDA: _____

Admissão de 10, 20 e 30 dias

10, 20 e 30 dias

20, 10, 20 e 30 dias

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposouso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Ta

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Carlos Augusto Rava
CRM-PB 6973

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição em DD 53° Kni
2. Anestesia + lavagem dos ferimentos do pé D. Asséptico

Incisão:

3. Asséptico
4. Asséptico
5. Retirada de sutura c/ Nylon

Achados:

1. Extensor longo do Hân
2. Extensor curto do Hân
3. Extensor longo do 2º c
6. Ferimento de pele c/ Nylon

Conduta:

7. Curativo asséptico
8. Sutura Botá embroçada os pé D

Carlos Augusto Rada
CRM-PB 6973

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Thelma Kelly da Silva Data da Admissão: 26/04/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposu [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Ta

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Carlos Augusto Rava
CRM-PB 6973

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição em DD 50° flex
2. Anestesia + lavagem dos ferimentos no
Dedo do Pé ① - Assento Curvo -

Incisão:

3. Anestesia local / DDA em base
4. Incisão por linhas
5. Remoção de tecido c/ nylon 50 dos

Achados:

1. Extensor longo do Hínx
2. Extensor curto do Hínx
3. Extensor longo do 2º e 3º PDD.
6. Fechamento da pele c/ nylon 50

Conduta:

7. Curativo estéril
8. Tm Bota Gessada os Dedos do
Pé ①

Carlos Augusto Rêgo
CRM-PB 69773

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TANQUEIRO MURTY

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Alicia Kelly da Silva			Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:
Data:	26/04/18	Cirurgião:	Alma	1º Assistente:
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentação:
Anestesista:	Requi - Roberto	Tipo Anestesia:	Horário:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Lesão do Torn. Extensor do 1º, 2º e 3º
PDD

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

Lesão do Torn. Extensor Longo e Curto
do dedo (D) + Lesão do Torn. Extensor
Longo do 2º e 3º PDD + Lesão da Artéria
Princ. do Dito do 2º e 3º Dedos e/
Sua Curva + Lesão do Nervos N. 2º e 3º
no Dito do Pé.

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Procedimento dos Tornos Feito.

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME MILENA KELLY DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 17	SEXO F	COR	CLÍNICA	ESF 24	LEITO 402
DATA DE ADMISSÃO 26/04/18		DATA DE ALTA 28/04/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL LESÃO TENDÃO EXTENSOR J. 2º 23º PDD.					CID S.96
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo.					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES AX + EXAME FÍSICO					
PROCEDIMENTO REALIZADO TENORRAFIA DE TENDÕES.					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO					
COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES)

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SENDO REALIZADA TENORRAFIA DOS TENDÕES EXTENSORES. EVOLUI COM MELHORIA EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR, E CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **LIVRE**

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **20** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **ATB.**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **PA RAUA** em **30 dias** para revisão. **07/05/18**

28/04/18
DATA

Yury Cordeiro
CRM/PA 11507
MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA **P 39**

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




Bruno Amorim dos Santos Ferreira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.075.972 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/08/2012

NOME BRUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA

PERMÃO JORGE BATISTA LAURENTINO FERREIRA
MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS

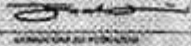
NATURALIDADE BANANEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 23/12/1995

DOC. ORDEM
MASC. N. 2422 FLS. 6 LIV. 3
CARTÓRIO BANANEIRAS PB

CPF 117.169.704-97

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N. 7.116 DE 26/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOK. IDENTIFIC. E OUT. IDENTIFIC. UF 1054562 5527 PB
	CNPJ 455.536.024-91
	DATA NASCIMENTO 02/04/1967
	RELACAO JOSEFA GERVASIO DA SILVA
TENSÃO 300V 60Hz	
ACC 333	
DATA 06/04/1989	
Nº MOTO 00724153192	
MOTOR 15/11/2015	
DATA 06/04/1989	
CLASSIFICACAO A 7	
	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA 11/11/2014	
Rodrigo Carneiro	
60378908469	
PB023545609	
DETRAN - PB (PRAIA)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DIV. ITAM N.º 3 DE C/VERIFICAÇÃO

P-917



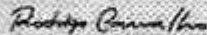

Milena Kelly da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.297.013	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/11/2014
NOME	MILENA KELLY DA SILVA		
FILIAÇÃO	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	02/11/2000
DOC ORIGEM	NASC. N. 8076 FLS. 216 LIV. A-13		
	CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB		
	710.197.224-10		
	LEI Nº 7.118 DE 29-08-83		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE / CRL. EXERCÍCIO DE 2627718 289 ES
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982
	MACIÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
FUNDADO REC CULPA	
Nº REGISTRO 01861289660	
VALIDADE 16/01/2019	
HABILITAÇÃO 29/06/2001	
TESTEMUNHAÇÃO	
	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 17/01/2014	
	
66588356744 78027819595	

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PRIMEIRO PLASTIFICAR
894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000376 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILENA KELLY DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 1º, 2º E 3º DEDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA DOS TENDÕES) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

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 RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000376 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILENA KELLY DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 1º, 2º E 3º DEDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA DOS TENDÕES) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

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 RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Bruno Amâncio dos Santos Ferreira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Manuel B. de Oliveira Junior S/N, bairro Centro, Município de Barameiras, Estado de(o) PA, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 4.015-972, SSP/ PA e CPF nº 337-369-704-07

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Engenheiro Fiscal J. Costa Duarte 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PA, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 1054362 SSP/ PA e CPF nº 455-536-024-93

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Bruno Amâncio dos Santos Ferreira ocorrido em 13/07/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Barameiras 05 de dezembro de 2019.



Bruno Amâncio dos Santos Ferreira
Outorgante
CPF Nº 337-369-704-07

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Arlene Kelly da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão gongonete, residente e domiciliado à Rua dos contatos, nº 280, bairro das indústrias, Município de João Pessoa PB Estado de(o) PB Cep: 580-224-10 portador(a) do Rg nº 4.297.013, SSP/PB e CPF nº 710.197.224-10

Outorgado: Alexsandra Caban Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua deputado Fiscal José Duarte, nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa PB Estado de(o) PB Cep: 580-56-384 portador (a) do RG nº 262.778 SSP/ PB e CPF nº 046.702.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Arlene Kelly da Silva, ocorrido em 26/04/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar **Declarações de endereço**, assinar **Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de Sinistro DPVAT**, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 04 de dezembro de 2019.

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Arlene Kelly da Silva
Outorgante
CPF Nº 710.197.224-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000559/20

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

CPF: 710.197.224-10

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILENA KELLY DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

MILENA KELLY DA SILVA : 710.197.224-10

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: 02/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460857/19

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

CPF: 710.197.224-10

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILENA KELLY DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

MILENA KELLY DA SILVA : 710.197.224-10

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: 19/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA