

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190198505      **Cidade:** Alagoa Nova      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG. 7

## 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 leve - 25 %                                  | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                           |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

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

---

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190198505**

**Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA 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



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

---

**Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190198505**      **Vítima: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000002655-7**

**Conta: 00000160283-7**

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

485.360.324-72

Nome completo da vítima:

Maria de Fátima Costa da Silva

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

Nome completo:

Profissão:

Aposentada

Endereço:

Rua Domingos Vazão

CPF: 485.360.324-72

Número: 339 Complemento: -

Bairro:

Centro

Cidade:

Alagoa Nova

Estado:

PB

CEP:

58125000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

2655 7

03602 83 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

**PROTOCOLO**

**DEPRESSA**

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente de corrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Alagoa Nova - PB - 05/02/2017

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

CPF:

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

**1º M.R. 237**

Assinatura

2º | Nome:

PROTOCOLO

CC 040 PESSOA

**PROTOCOLO**

**CC 040 PESSOA**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/ - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9319



OCORRÊNCIA N° 000008/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000008/19 registrada em 16/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezesseis dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:19 horas, compareceu a Sra. MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, com 57 anos de idade, filha de JOSÉ ALVES DA COSTA e FRANCISCA HENRIQUE DA COSTA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BARRA DE SANTA ROSA - PB, Casada, escolaridade Superior Completo, profissão APOSENTADA, portadora da Cédula de Identidade N° 952.839 -2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 48536032472, residindo à rua DOMINGOS VARJÃO, 33, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

#### Declarou que:

Informa A comunicante, que por volta das 16h30min do dia 24.06.2018, o seu esposo CARLOS AUGUSTO DA SILVA, estava trafegando pelo Bairro do Mutirão, na cidade de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano/modelo 2011/2012, cor preta, chassi n° 9C2KC1670CR459695, de placa OFB-4799/PB, licenciada em nome de Fernando Cirino da Silva, levando a comunicante como "carona", quando ao subir uma ladeira localizada próximo ao posto de saúde, perdeu o controle de direção e acabou caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves no pé direito, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgia, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que a comunicante sofreu apenas escoriações leves; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 16 de Janeiro de 2019

Maria de Fátima Costa da Silva

MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento  
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

485.360.324-72

Nome completo da vítima:

Maria de Fátima Costa da Silva

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

Nome completo:

Profissão:

apresentada

Endereço:

Rua Domingos Vazão

CPF: 485.360.324-72

Número: 339 Complemento: -

Bairro:

Centro

Cidade:

Alagoa Nova

Estado:

PB

CEP:

58125000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

2655 7

03602 83 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

## 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

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

## COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A

## PROTOCOLO

## PROTEÇÃO PESSOAL

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente de corrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Local e Data: Alagoa Nova - PB - 05/02/2017

Nome:

CPF:

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A  
CPF:

1: MUR 233

Assinatura

2º | Nome: PROTOCOLO  
CPF:

PROTOCOLO  
PROTEÇÃO PESSOAL

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

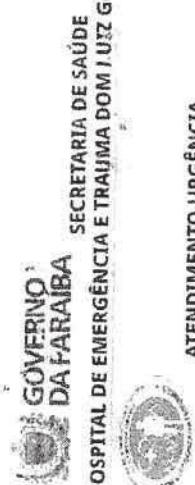
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Israel de Souza Farion

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

6.1  
6.1  
Tremor Tensonif em hgt D excluir  
cl dnt + volume.  
cet, bulletoz R/X

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 16759929 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4.000 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58.432-809 Data: 24/06/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ligiana Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA CEP: 58125000 Nascimento: 02/01/1962

Endereço: DOMINGOS VARJAO

Cidade: Alagoa Nova

RG: 056

Idade: 53

Sexo: F

Telefone:

Bairro: CENTRO

CPF:

Nº33

Profissão: APOSENTADA

RG: 708101532693980

Data de Atend.: 24/06/2018

CONVÊNIO: SUS

Horário: 17:20:43

Especialidade:

CRM:

Médico:

OBS. FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Alergias

2. Amputação

3. Avulsação

4. Contusão

5. Crepitação

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Erigameric

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Contuso

15. F. Cortante

16. F. Correntes/colch

17. F. Perfurante

18. F. Perfurante

19. Fratura fechada

20. Fratura crissas abertas

21. Hematoma

22. Inurgitamente VENDEO

23. Lacerção

24. Lesão lenticular

25. Lesão

26. Macidez

27. Molimento tecóclina paratral

28. Objeto Entra/vo

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Paralisia

32. Parese

33. Quimiorra

34. Rinsos

35. Sinal de Isquemia

36. Sinal de Isquemia

37. Sinal de Isquemia

38. Sinal de Isquemia

39. Sinal de Isquemia

40. Sinal de Isquemia

41. Sinal de Isquemia

42. Sinal de Isquemia

43. Sinal de Isquemia

44. Sinal de Isquemia

45. Sinal de Isquemia

46. Sinal de Isquemia

47. Sinal de Isquemia

48. Sinal de Isquemia

49. Sinal de Isquemia

50. Sinal de Isquemia

51. Sinal de Isquemia

52. Sinal de Isquemia

53. Sinal de Isquemia

54. Sinal de Isquemia

55. Sinal de Isquemia

56. Sinal de Isquemia

57. Sinal de Isquemia

58. Sinal de Isquemia

59. Sinal de Isquemia

60. Sinal de Isquemia

61. Sinal de Isquemia

62. Sinal de Isquemia

63. Sinal de Isquemia

64. Sinal de Isquemia

65. Sinal de Isquemia

66. Sinal de Isquemia

67. Sinal de Isquemia

68. Sinal de Isquemia

69. Sinal de Isquemia

70. Sinal de Isquemia

71. Sinal de Isquemia

72. Sinal de Isquemia

73. Sinal de Isquemia

74. Sinal de Isquemia

75. Sinal de Isquemia

76. Sinal de Isquemia

77. Sinal de Isquemia

78. Sinal de Isquemia

79. Sinal de Isquemia

80. Sinal de Isquemia

81. Sinal de Isquemia

82. Sinal de Isquemia

83. Sinal de Isquemia

84. Sinal de Isquemia

85. Sinal de Isquemia

86. Sinal de Isquemia

87. Sinal de Isquemia

88. Sinal de Isquemia

89. Sinal de Isquemia

90. Sinal de Isquemia

91. Sinal de Isquemia

92. Sinal de Isquemia

93. Sinal de Isquemia

94. Sinal de Isquemia

95. Sinal de Isquemia

96. Sinal de Isquemia

97. Sinal de Isquemia

98. Sinal de Isquemia

99. Sinal de Isquemia

100. Sinal de Isquemia

101. Sinal de Isquemia

102. Sinal de Isquemia

103. Sinal de Isquemia

104. Sinal de Isquemia

105. Sinal de Isquemia

106. Sinal de Isquemia

107. Sinal de Isquemia

108. Sinal de Isquemia

109. Sinal de Isquemia

110. Sinal de Isquemia

111. Sinal de Isquemia

112. Sinal de Isquemia

113. Sinal de Isquemia

114. Sinal de Isquemia

115. Sinal de Isquemia

116. Sinal de Isquemia

117. Sinal de Isquemia

118. Sinal de Isquemia

119. Sinal de Isquemia

120. Sinal de Isquemia

121. Sinal de Isquemia

122. Sinal de Isquemia

123. Sinal de Isquemia

124. Sinal de Isquemia

125. Sinal de Isquemia

126. Sinal de Isquemia

127. Sinal de Isquemia

128. Sinal de Isquemia

129. Sinal de Isquemia

130. Sinal de Isquemia

131. Sinal de Isquemia

132. Sinal de Isquemia

133. Sinal de Isquemia

134. Sinal de Isquemia

135. Sinal de Isquemia

136. Sinal de Isquemia

137. Sinal de Isquemia

138. Sinal de Isquemia

139. Sinal de Isquemia

140. Sinal de Isquemia

141. Sinal de Isquemia

142. Sinal de Isquemia

143. Sinal de Isquemia

144. Sinal de Isquemia

145. Sinal de Isquemia

146. Sinal de Isquemia

147. Sinal de Isquemia

148. Sinal de Isquemia

149. Sinal de Isquemia

150. Sinal de Isquemia

151. Sinal de Isquemia

152. Sinal de Isquemia

153. Sinal de Isquemia

154. Sinal de Isquemia

155. Sinal de Isquemia

156. Sinal de Isquemia

157. Sinal de Isquemia

158. Sinal de Isquemia

159. Sinal de Isquemia

160. Sinal de Isquemia

161. Sinal de Isquemia

162. Sinal de Isquemia

163. Sinal de Isquemia

164. Sinal de Isquemia

165. Sinal de Isquemia

166. Sinal de Isquemia

167. Sinal de Isquemia

168. Sinal de Isquemia

169. Sinal de Isquemia

170. Sinal de Isquemia

171. Sinal de Isquemia

172. Sinal de Isquemia

173. Sinal de Isquemia

174. Sinal de Isquemia

175. Sinal de Isquemia

176. Sinal de Isquemia

177. Sinal de Isquemia

178. Sinal de Isquemia

179. Sinal de Isquemia

180. Sinal de Isquemia

181. Sinal de Isquemia

182. Sinal de Isquemia

183. Sinal de Isquemia

184. Sinal de Isquemia

185. Sinal de Isquemia

186. Sinal de Isquemia

187. Sinal de Isquemia

188. Sinal de Isquemia

189. Sinal de Isquemia

190. Sinal de Isquemia

191. Sinal de Isquemia

192. Sinal de Isquemia

193. Sinal de Isquemia

194. Sinal de Isquemia

195. Sinal de Isquemia

196. Sinal de Isquemia

197. Sinal de Isquemia

198. Sinal de Isquemia

199. Sinal de Isquemia

200. Sinal de Isquemia

201. Sinal de Isquemia

202. Sinal de Isquemia

203. Sinal de Isquemia

204. Sinal de Isquemia

205. Sinal de Isquemia

206. Sinal de Isquemia

207. Sinal de Isquemia

208. Sinal de Isquemia

209. Sinal de Isquemia

210. Sinal de Isquemia

211. Sinal de Isquemia

212. Sinal de Isquemia

213. Sinal de Isquemia

214. Sinal de Isquemia

215. Sinal de Isquemia

216. Sinal de Isquemia

217. Sinal de Isquemia

218. Sinal de Isquemia

CARLOS AUGUSTO DA SILVA  
RUA DOMINGOS VÍRIO, 131 - CENTRO  
ALAGAR NOVA / PB / CEP: 58125003 (AG. 71)

Emissão: 11/09/2018 Referência Set/2018  
Classe/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/300, Km 25 - Custo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 59071-500  
Roteiro: 5 - 77 - 816 - 7600  
Nº medidor: 00090048404

energisa  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 03.295.193/0001-40 Inscrição 16.015.823-0  
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica nº 0612.117.296  
Cód. para Déb. Automático: 00002416792

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

|                   |              |                                     |                             |
|-------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da<br>próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI             |
| Set / 2018        | 11/09/2018   | 10/10/2018                          | 971.960.692-7<br>Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora):

5/241579-2

Canal de contato

| Anterior  |         | Atual    |        | Constante | Consumo | Dias  |        |      |      |
|---|---------|----------|--------|-----------|---------|-------|--------|------|------|
| 13/08/18  | 34157   | 11/09/18 | 34909  |           | 152     | 29    |        |      |      |
| <b>DEMONSTRATIVO</b>  |         |          |        |           |         |       |        |      |      |
| Quantidade Tarifa U. Valor Base Calc. Adic. ICMS(R\$) Base Calc. Pis(R\$) Cofins(R\$) Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pis/Cofins(R\$) (0,8083%) (0,7165%) |         |          |        |           |         |       |        |      |      |
| 0801 Consumo em kWh   | 162.000 | 0.780570 | 119,64 | 118,84    | 27      | 32,00 | 119,64 | 0,95 | 4,41 |
| 0801 Adic. B. Vermelha  |         |          | 11,03  | 11,08     | 27      | 2,89  | 11,09  | 0,03 | 0,41 |
| 0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA   |         |          |        | 3,11      | 0,00    | 0,00  | 0,00   | 0,00 | 0,00 |

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 132,84 129,73 36,02 129,73 1.04 4,82

Média últimos meses (kWh) 135 VENCIMENTO 18/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 132,84

Histórico de Consumo (kWh)  
162 | 163 | 164 | 162 | 187 | 178 | 212 | 185 | 183 | 188 | 179 | 171  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/19 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO A ANEEL 47ad.3430.5aae.4740.2f0b.705f.a7ee.fcf1.

Indicadores de Qualidade

| Límites da ANEEL | Apurado | Límite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL       | 1,61    | NOMINAL              |
| DIC TRIMESTRAL   | 1,61    | 220                  |
| DIC ANUAL        | 2,09    | 220                  |
| FIC MENSAL       | 3,48    | CONTRATADA           |
| FIC TRIMESTRAL   | 8,97    | LÍMITE INFERIOR      |
| FIC ANUAL        | 13,95   | 202                  |
| DMC              | 3,80    | LÍMITE SUPERIOR      |
| DCRI             | 12,22   | 231                  |

| Discriminação                     | Maior Valor (R\$) |
|-----------------------------------|-------------------|
| Serviços de Dist. da Energia e PB | 28,99             |
| Compra de Energia                 | 45,22             |
| Serviço de Transmissão            | 3,71              |
| Encargos Setoriais                | 3,39              |
| Impostos Diretos e Encargos       | 5,16              |
| Outros Serviços                   | 33,12             |
| Total                             | 100,00            |

RESERVADO A ANEEL  
47ad.3430.5aae.4740.2f0b.705f.a7ee.fcf1.  
11. MR. 233  
PROTÓCOLO  
CÂO PESSOA

Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.433 - Baixa Tensão 15,41% Médio  
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18 - Res. ANEEL nº 2.433 - Alta Tensão 16,75% Médio

Faturas em atraso

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 25 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA  
ALAGOA NOVA / PB / CEP: 58125000 (AG: 71)

Emissão: 10/10/2018 Referência: Out / 2018  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Credito Redentor - Jão Pessoas / PB - CEP: 58071-680  
Roteiro: 5 - 77 - 810 - 8400 N° medidor: 00008716750 CNPJ:09.095.183/0001-40 insc Est: 16-015 223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°013 814.228  
Cód. para Déb. Automático: 00017321514

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

|                   |              |                                  |                            |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------|
| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI            |
| Out / 2018        | 10/10/2018   | 09/11/2018                       | 093.610.564-65<br>Insc Est |

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4  
Canal de contato

| Anterior  | Atual            | Constante        | Consumo      | Dias      |
|---|------------------|------------------|--------------|-----------|
| 11/09/18<br>2334  | 10/10/18<br>3084 | 1                | 139          | 29        |
| <b>Demonstrativo</b>  |                  |                  |              |           |
| CCI Descrição Quantidade Tarifal Valor Base Calc. Aliq. Icms(R\$) Icms Calc. Pis(R\$) Pis/Cofins(R\$) Icms(Cofins(R\$)) |                  |                  |              |           |
| 0801 Consumo em kWh   | 130.000 0,825600 | 107,35 107,35 27 | 29,98 107,35 | 0,72 3,31 |
| 0801 Adic. B. Vermelha  |                  | 9,38 9,38 27     | 2,53 9,38    | 0,06 0,73 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS  |                  |                  |              |           |
| 0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA  |                  | 2,83 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |
| 0804 JUROS DE MORA 07/2018  |                  | 0,91 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |
| 0804 JUROS DE MORA 08/2018  |                  | 0,57 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |
| 0805 MULTA 07/2018  |                  | 1,62 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |
| 0805 MULTA 08/2018  |                  | 1,71 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |
| 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018  |                  | 9,82 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |
| 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018  |                  | 0,61 0,00 0      | 0,00 0,00    | 0,00 0,00 |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 128,05 118,73 31,51 118,73 0,78 3,60

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
102 11/11/2018 R\$ 126,05

Histórico de Consumo (kWh)  
85 | 92 | 93 | 58 | 98 | 130 | 118 | 101 | 113 | 112 | 106 | 114  
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

ee6f.89a0.6b7e.eab2.f2cb.346a.c062.7a97.

Indicadores de Qualidade 8/2018 - Área:

| Límites da ANEEL | Apurado | Límite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL       | 8,47    | 0,00                 |
| DIC TRIMESTRAL   | 12,94   | NOMINAL              |
| DIC ANUAL        | 25,89   | 220                  |
| FIC MENSAL       | 9,48    | 0,00                 |
| FIC TRIMESTRAL   | 8,37    | CONTRATADA           |
| FIC ANUAL        | 13,95   | LIMITE INFERIOR 202  |
| DIMIC            | 9,80    | LIMITE SUPERIOR 231  |
| DICRI            | 12,22   | 0,00                 |

| Discriminação                   | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia/PB | 29,37       | 20,62  |
| Compra de Energia               | 44,13       | 35,01  |
| Serviço de Transmissão          | 4,10        | 3,25   |
| Encargos Setoriais              | 6,24        | 4,86   |
| Impostos Diretos e Encargos     | 45,21       | 35,87  |
| Outros Serviços                 | 0,00        | 0,00   |
| Total                           | 126,05      | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref 3/2018) R\$27,83

### ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Média  
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 18,75% Média  
- Leitura confirmada

### Faturas em atraso

PARAIBA  
energisa  
Roteiro: 5 - 77 - 810 - 8400  
Matrícula: 1732151-2018-10-3

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
11/11/2018 R\$ 126,05

83660000001-9 26050054000-0 17321512018-4 10300077019-0



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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.

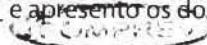
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082837524 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Veronica de Fátima Costa de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 485360324 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Veronica de Fátima Costa de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 485360324 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

  
**COMPRA E PREVIDÊNCIA S/A**

**14 MAR 2013**

**PROTÓCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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   | Número                   | Complemento            |
|--|--------------------------|------------------------|
| <u>Av Engenho Alto do Rio / Setoramento Riozinho</u> | <u>65</u>                |                        |
| Bairro   | Estado                   | CEP                    |
| <u>Altos do Riozinho</u>                             | <u>PB</u>                | <u>58325 000</u>       |
| Email  | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
|  |                          | <u>(83) 983367743</u>  |
|  |                          | <u>(83) 936338673</u>  |

Nogueira Novo-PB, 27 de 09 de 2013  
Local e Data

Israel de Souza Farias  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Cirino da Silva

RG nº 3436333, data de expedição 28/03/03,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 277468478-33, com  
domicílio na cidade de Alagoa Nova, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Cláudio Nascimento - Centro, nº 8/N,  
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria de Fátima Costa da Silva, cujo o condutor era  
Carlos Augusto da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA/CG 150 FAN ES I

Ano: 2013/2012

Placa: QFB 4783/PB

Chassi: 3C2KC1670CR459635

Data do Acidente: 24/06/2018

Local e Data: Alagoa Nova - PB 24/06/2018

Fernando Cirino da Silva

Assinatura do Declarante

Carlos Augusto da Silva

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

**CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** *Antônio Marcos Bezerra de Melo*  
TABELIÃO PÚBLICO

R. Clementino Leite, 131 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**FERNANDO CIRINO DA SILVA** *Fernando Cirino*  
Dou fá. Alagoa Nova/PB - 14/09/2018  
Escrivente: **FAGNER RODRIGUES SOARES**  
Selo Digital: **AHM38579-901X**  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$9,48 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,74

Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

6.4

Trauma torácico em 17/07/2012  
c/ dor + edeme.



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1679929

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58.322-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ligiana Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: MARIA DE FATIMA Nascimento:02/01/1962

COSTA DA SILVA Endereço:DOMINGOS VARJAO

Cidade: Alagoa Nova

RG: Idade:056

Bairro:CENTRO

Nº:33

Profissão:APSENTADA

CPF: CNS:708101532693930

Responsável:

Estado Civil:Casado(a)

Motivo: QUEDA DE MOTO

CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abraçado

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crepitação

6. Dcr

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Esmagamento

11. Esguicho

12. Arma branca

13. Arma de fogo

14. Coração

15. Contante

16. F. Conto-contuso

17. F. Perfurante-contuso

18. F. Furfuro-contante

19. Fratura óssea facturada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematomas

22. Hipertermia Venosa

23. Lactatase

24. Lesão tendinosa

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico parado

28. Objeto Engravado

29. Otorreia

30. Paralisia

31. Paroxismo

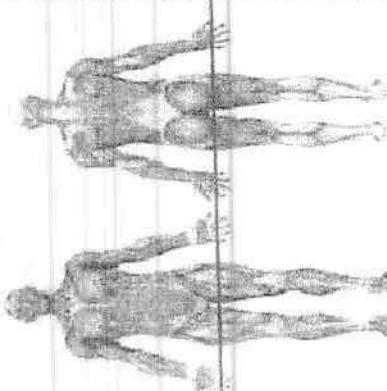
32. Paroxissima

33. Queimadura

34. Riorragia

35. Sinalis de Isquemia

36.



ced. pacientes RX

REALIZADO

+ 1000 C

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALÉRGIA:

Medicamentos:

PATOLOGIAS:

EXAMES FÍSICO:

EXAMES ESPECIAIS:

EXAMES SOLICITADOS:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIAGNÓSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



### Ficha de Acolhimento

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| Nome:                 | Tetimac                                 | Coste dos Sítios                                |
| End:                  | Rua Domingos Valério 33                 | Bairro: Alcobaça                                |
| Data de Nascimento:   | 21/01/62                                | Documento de Identificação:                     |
| Quem:                 | Neclor                                  | Data do Atend.: 24/06/88 Hora: 17:00 Documento: |
| Acidente de trabalho? | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não         |

### Classificação de Risco

|                          |   |   |                                |          |   |  |                                  |
|--------------------------|---|---|--------------------------------|----------|---|--|----------------------------------|
| Nível de consciência:    | <input checked="" type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Regular          | <input type="checkbox"/> Baixo | Aspecto: | <input checked="" type="checkbox"/> Calmo       | <input type="checkbox"/> Fáceis de dor | <input type="checkbox"/> Gemente |
| Frequência respiratória: |   |   |                                |          |   |  |                                  |
| Pressão arterial:        |   |   |                                |          |   |  |                                  |
| Dosagem de HGT:          |   |   |                                |          |   |  |                                  |
| Deambulação:             | <input checked="" type="checkbox"/> Livre | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Maca  | Mucosas: | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Pálida        |                                  |

### Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas  
 Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Dr. Henrique Cavalcanti  
Médico de S. João da Barra  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRÂUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Assinatura e carimbo do profissional

SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**2 - CNES  
**2362856**3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES**4 - CNES  
**2362856**

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA**6 - N.º DO PRONTUÁRIO  
**1679945**7 - CARTÃO DO SUS  
**708101532693930**8 - DATA DE NASCIMENTO  
**02/01/1962**9 - SEXO  
Masc  1 Fem  210 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
**FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA**11 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD **83** N.º DE TELEFONE12 - ENDEREÇO (RUA, N.º,BAIRRO)  
**DOMINGOS VARJAO , 33 , CENTRO**13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Alagoa Nova**

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF  
**PB**16 - CEP  
**58125000**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma p/ moto q/ estre +  
deformidade em c/ braço D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessite tr/ cirurgia

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

(2 x cirurgia)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

(D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO  
**02**28 - DOCUMENTO  
(X) CNS ( ) CPF29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**706500355121696**30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**HALLISSON BARROS DE ALMEI**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

24/06/2018

HALLISSON BARROS DE ALMEI  
PROFISSIONAL TRABALHADOR

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /



## CONTROLE CIRÚRGICO

• Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0255

MA

Paciente: Maria Jose Estimosa (037-00-0002)

Hospital: Emergency, etown CB

Médico: Dra. Josefa Puebla

Data da Cirurgia: 24/06/18 Procedimento: \_\_\_\_\_

Prontuário: 1674974 Convênio: SUS

Estrumentadora: Slyvian Circulante: \_\_\_\_\_

## Materiais Utilizados

| Quant. | Nomeclatura        | Código |
|--------|--------------------|--------|
| 02     | PÁTACUSO ESPONJOSO | Nº 35  |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |
|        |                    |        |

Recife, 21 de out de 2018

## Circulante

### **Médico Responsável**





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|               |  |           |                          |
|---------------|--|-----------|--------------------------|
| Paciente:     | Maria de Fátima Costa de Silva         | Idade:    | 56 anos                  |
| Convênio:     |  | Data:     | 24/06/16                 |
| Procedimento: | Frost + manguito de tontada de aquilat |           |                          |
|               |  |           |                          |
| Cirurgião:    | Dra. Neide Braga                       | Auxiliar: |                          |
|               |  |           | Anestesista: Dr. Lenardo |
| Inicio:       |  | Término:  |                          |
|               |  |           | Anestesia: Acqua         |

**Observações:**

~~Slow on IT~~

Never

Assinatura Anestesista

## Circulante



|                                 |  |      |                |
|---------------------------------|--|------|----------------|
| Nome do Paciente                | Manoel da Silva                                  |      | Nº Prontuário  |
| Data da Operação                | 27/06/10   | Enf. | Leito          |
| Operador                        | Dr. Joaquim de Oliveira                          |      | 1º Auxiliar    |
| 2º Auxiliar                     | J. G. da Silva                                   |      | Instrumentador |
| Anestesia                       | Tipo de Anestesia                                |      |                |
| Diagnóstico Pré-Operatório      | Fractura de Fractura<br>do crânio<br>de cintilis |      |                |
| Tipo de Operação                | Descompressão + Fixação                          |      |                |
| Diagnóstico Pós-Operatório      |  |      |                |
| Relatório Imediato da Patologia |  |      |                |
| Exame Radiológico no Ato        | S/ R   |      |                |
| Acidente Durante a Operação     | Não  |      |                |
|                                 |  |      |                |
|                                 |  |      |                |

### **DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

|  |
|--|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| 1/ T/ T + T/ T +   |
| 2/ Preparo + Antissepsia   |
| 3/ Colocação de aperturas  |
| 4/ Radicisão Posterior + Radicisão   |
| 5/ C/ Bactano  |
| 6/ Vagão com Parafusos 30<br>Rachado por parte da Kunha<br>Rosseto Kunha                                 |
| 7/ Sutura e sutura   |
| 8/ Sutura  |

Dr. João Paulo Oliveira Nunes  
Médico de植物  
Sociedade de Medicina



## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fractura colo de fêmur (D)  
(anulus t. articularis)

Paciente: **Maria da Fátima.** Alojamento: **Leito 614** Convênio: **✓**

| Data  | Prescrição Médica  | Horário  | Evolução Médica  |
|-------|--|--|--|
| 24/06 | Diet Líquida c/peixes V.R.P.A<br>SF 0,9% 1500ml p/24h<br>Dipirona 500mg ev 6/6h<br>Ketorol 20mg + AD ev 12/12h<br>Trauf 100mg + 100ml Sifecu 8/8h<br>Analgesico D.O. 600 ev 8/8h - 500 SN<br>Syrup 400 ev 8/8h | 12/12h<br>06/06h<br>06/06h<br>06/06h<br>06/06h<br>06/06h | Admindo<br>Fractura pl. mala ha ± 2h<br>e deformidade + edema<br>femur calcaneus (D)<br>Nage abd |
| 25/06 | Claudia 600 ev 6/6h  | 06/06h   | Noje abd   |
| 26/06 | Hallissor <del>ortopedista</del> Almeida<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  |  |  |
| 27/06 | Dr. Wagner Falcão<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIST<br>CRM-PB 8043   |  |  |
| 28/06 | Dr. Wagner Falcão<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIST<br>CRM-PB 8043   |  |  |
| 29/06 | Dr. Wagner Falcão<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIST<br>CRM-PB 8043   |  |  |

Intubação e intubos de fibra óptica  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Maria Fátima S. Reis

fx celiânto (B)

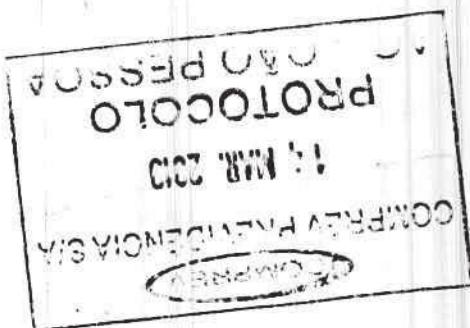
Offta da oftalpédia

4/10/11  
Médico de Análise  
th

MOD. 001

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Médico



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
(IDENTIDADE DE ADVOGADO)



NAME  
ISRAEL DE SOUZA FARIA

INSCRIÇÃO:  
25670

FILIAÇÃO  
PAULO MENINO DE FARIA  
MARIA ROSA DE SOUZA FARIA

DATA DE NASCIMENTO

01/06/1988

CPF

NATURALIDADE  
ALAGOA NOVA-PB

082.917.124-09

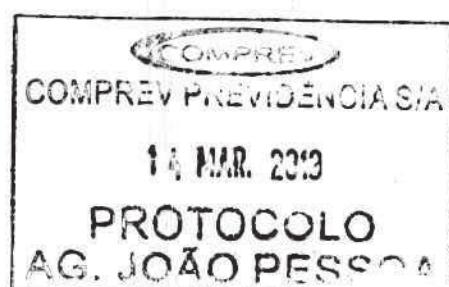
RG  
3406239 - SSP/PB  
DATA DE EMISSÃO E TEC/003  
NÃO DECLARADO

VIA  
62PEB000 EN

01 04/07/2018

PAULO ANTONIO MIMA E SILVA  
PRESIDENTE





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190198505      **Cidade:** Alagoa Nova      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG. 7

## 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 leve - 25 %                                  | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                           |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA brasileira, estado civil: Casada, profissão: aposentada, residente e domiciliado na Rua Domingos Varjão, nº 131, bairro: Centro, Município de Alagoa Nova - PB, Estado da Paraíba, Cep: 58125.000, portadora do Rg. nº 952839, SSP/PB e CPF nº 485.360.324-72.

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

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) MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA, ocorrido em 24/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ PERMANENTE.

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.

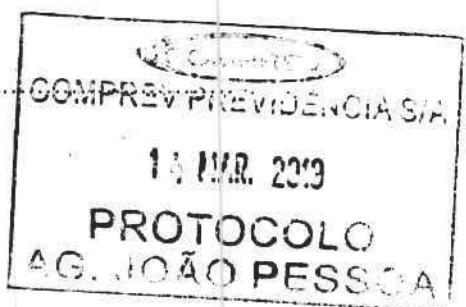


ALAGOA NOVA - PB, 05 / 02

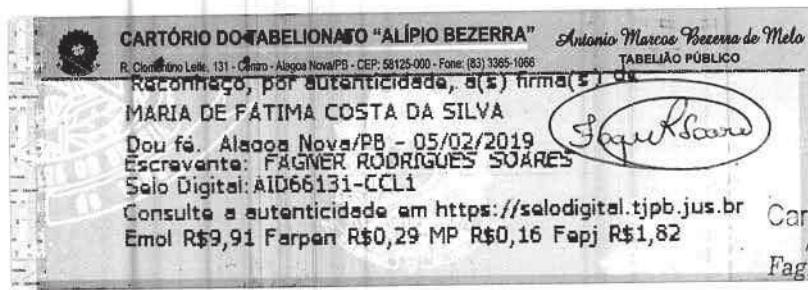
/2019.

Maria de Fátima Costa da Silva  
Outorgante

CPF Nº 485.360.324-72



"RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE"



Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087017/19

**Vítima:** MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

**CPF:** 485.360.324-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2018

**Titular do CPF:** MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

### MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA : 485.360.324-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019  
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS  
CPF: 082.917.124-09

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA