

# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

---

**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

**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, 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](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:

Maria de Fátima Costa da Silva

Profissão:

Aposentada

Endereço:

Rua Domingos Varjão

CPF:

485.360.324-72

Bairro:

Centro

Cidade:

Alagoinha Nova

Estado:

PB

Número:

331

Complemento:

E-mail:

CEP:

58125000

Tel.(DDD):

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

**RENDA MENSAL:**

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2655

7

CONTA:

0360283

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; 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.

COMPREV PREVIDENCIA S/A

1: 1118 2313

PROTOCOLO

1: 1118 2313

PROTOCOLO

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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

☐ 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, Alagoinha Nova - PB - 05/02/2017

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) 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.





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 Nº 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 Nº 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 Nº 952.839 -2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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 nº 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:

Maria de Fátima Costa da Silva

Profissão:

Aposentada

Endereço:

Rua Domingos Varjão

CPF:

485.360.324-72

Número: 331

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Alagoinha 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).

**RENDA MENSAL:**

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2655

7

CONTA:

0360283

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 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.

COMPREV PREVIDENCIA S/A

1: 1118 2313

PROTOCOLO

COMPREV PREVIDENCIA S/A

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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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, Alagoinha Nova - PB - 05/02/2017

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) 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.





GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



#### 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: 58432-809 Data: 24/06/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ligiana Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: MARIA DE FATIMA

CEP: 58125000 Nascimento: 02/01/1962

COSTA DA SILVA

Sexo: F

Telefone:

Endereço: DOMINGOS VARJAO

Idade: 056

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA

Nº: 33

Profissão: APOSENTADA

RG:

CNS: 708101532693980

Data de Atend: 24/06/2018

CONVÊNIO: SUS

Hora: 17:20:43

Especialidade:

CRM:

Motivo: QUEDA DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dcr
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagrecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. F. Perfuro
20. Fratura óssea fechada
21. Fratura óssea aberta
22. Hematoma
23. Injúria tendinosa
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torção paravascular
28. Objeto entrançado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de laqueia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %

DIGNOSTICO / CID:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

#### EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Tratamento em urgência  
cl. de 1º + 2º grau  
cat. de 1º + 2º grau

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

OPILAS

PA

HGT:

SATO

( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

( ) Ultrassonografia: ( ) Radiografias: ( )

( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / /

Especialista: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6



CARLOS AUGUSTO DA SILVA  
RUA DOMINGOS VAREJA, 131 - CENTRO  
ALAGOA NOVA / PE CEP: 58125000 (AG. 71)

Emissão: 11/09/2018 Referência: Set / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-580  
Roteiro: 5 - 77 - 616 - 7500 Nº medidor: 0000048404

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.096.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 012.117.296  
Cód. para Deb. Automático: 00002416192

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a  
Set / 2018

Apresentação  
11/09/2018

Data prevista da  
próxima leitura  
10/10/2018

CPF/ CNPJ/ RANI  
971.960.692-7  
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/241579-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
13/08/18	34157	11/09/18	34309	1	152	29	
Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base Calc.	Ang.	Terce(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)	Consumo(R\$)
		Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS		Plat(Consumo(R\$)	(0,30833%) (0,7164%)
0601	Consumo em kWh	152,000	0,760570	118,84	118,84	27	32,03
0601	Adic. B. Vermelha			11,09	11,09	27	2,99
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			3,11	0,00	0	0,03

CC	Código de Classificação de Item	TOTAL	132,84	129,73	35,02	129,73	1,04	4,82
----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)  
185

VENCIMENTO  
18/09/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 132,84

Histórico de Consumo (kWh)											
182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVAÇÃO  
47ad.3430.5aae.4740.2f0b.705f.a7ee.fcf1.

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIGITAL	1,81	NOMINAL	220
DIGITAL	1,00	CONTRATADA	202
DIGITAL	1,81	LIMITE INFERIOR	201
DIGITAL	1,81	LIMITE SUPERIOR	220

Discriminação	Valor (R\$)
Serviços de Dist. de Energia	28,39
Compra de Energia	48,50
Serviço de Transmissão	4,50
Encargos Setoriais	3,33
Impostos Diretos e Encargos	5,16
Outros Serviços	3,12
Total	132,84

Valor de EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 47,16

ATENÇÃO  
Reajuste Tarifário Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Média  
Reajuste Tarifário Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 16,75% Média

Faturas em atraso

PROTOCOLADO  
14 MAR 2018  
PROVIDENCIA S/A  
JOÃO PESSOA



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO  
LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA  
ALAGOA NOVA / PE CEP: 59125000 (AG: 71)

Emissão: 10/10/2018 Referência: Out / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Creta Redentor - João Pessoa / PE - CEP 58071-680  
Roteiro: 5 - 77 - 810 - 8400 Nº medidor: 00008716750

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 09.055.183/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 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	093.510.564-66

Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/09/18	Leitura 2834	Data 10/10/18	Leitura 3064	
			130	29
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Valor Base Calc Aliq	Importo(R\$) Base Calc Pto(R\$) Colinc(R\$)
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Pto/Colinc(R\$) (0,6712%) (3,0814%)
0801	Consumo em kWh	130,000	0,825800	107,35 107,35 27 28,96 107,35 0,72 3,31
0801	Adic. B Vermelha			9,59 9,59 27 2,53 9,59 0,06 0,79
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			0,82 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,63 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 128,05 116,73 31,51 116,73 0,78 3,80

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

Histórico de Consumo (kWh)

85 | 92 | 93 | 98 | 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 - Anel

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	
DIC TRIMESTRAL	12,94	
DIC ANUAL	25,89	
FIC MENSAL	9,48	
FIC TRIMESTRAL	8,97	
FIC ANUAL	13,95	
DMIC	3,80	
DICRI	12,22	
	0,00	NOMINAL 220
	0,00	CONTRATADA 202
	0,00	LIMITE INFERIOR 231
	0,00	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PE	28,37	20,92
Comissão de Energia	44,23	35,01
Serviço de Transmissão	4,00	3,25
Encargos Setoriais	6,21	4,96
Impostos Diretos e Encargos	45,21	35,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	126,05	100,00

Valor do EUSD (Ref: 8/2018) R\$ 27,83

### ATENÇÃO

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

### Faturas em atraso

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

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

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



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
11. MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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>**.

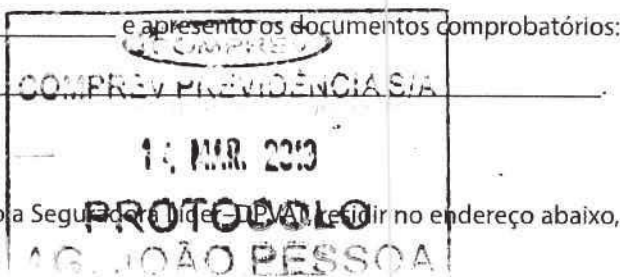
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<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 082837324 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Fátima Costa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 485360324 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Maria de Fátima Costa da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 485360324 / 72, 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 Engenheiro Alberto Dague / Estreamento Rejane Lima</u>		Número <u>65</u>	Complemento
Bairro <u>Olho Dague</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58325-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 983367743</u>
			<u>(83) 996338673</u>

Alagoa Nova-PB, 27 de 08 de 2018  
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 S/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: 2011/2012  
Placa: QFB 4733/PB  
Chassi: 9C2KC0670 CR4 59 635  
Data do Acidente: 24/06/2018  
Local e Data: Alagoa Nova - PB 14/09/2018

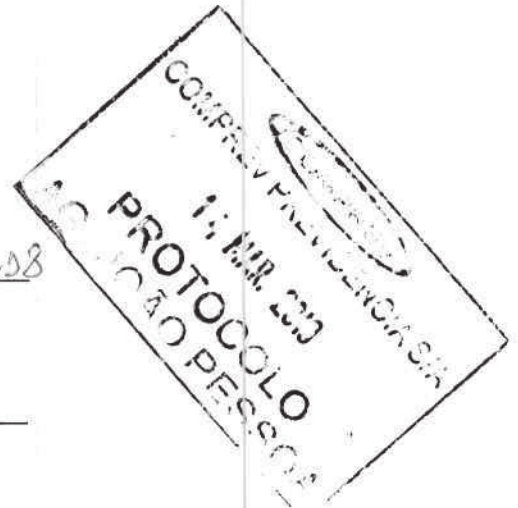
Fernando Cirino da Silva  
Assinatura do Declarante

Carlos Augusto da Silva

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

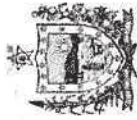
	<b>CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"</b> R. Clementino Leite, 31 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1066	<i>Antonio Marcos Bezerra de Melo</i> TABELIÃO PÚBLICO
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de: <b>FERNANDO CIRINO DA SILVA</b>		
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 14/09/2018 Escrivente: <b>FAGNER RODRIGUES SOARES</b> Selo Digital: <b>AHN38579-907X</b> Consulte a autenticidade em <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a> 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  
ESCRIVENTE









GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Rússia de Fátima Costa da Silva		
End:	Rua Deniges Vazão 33	Bairro:	Algoanosa
Data de Nascimento:	20/11/62	Documento de Identificação:	
Queixa:	Queixa	Data do Atend.:	20/06/18 Hora: 14h Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não		

meto

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação:	( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca		

### Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas


MOD. 110

*Delepedu*  
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial  
Helióptero da S. Cavalcanti  
HEMOPAR  
ENFERMEIRA  
PB 754.490

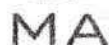
Assinatura e carimbo do profissional



Data da internação: 24/06/2018 Hora: 17:58:08

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA COSTA DA SILVA				1679945	
7 - CARTÃO DO SUS 708101532693930		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/01/1962		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA HENRIQUES DA COSTA				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) DOMINGOS VARJAO, 33, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoinha		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250040		15 - UF PB	
				16 - CEP 58125000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma p/ motor de colisão + deformidade com fratura					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx calcâneo					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fx calcâneo		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	
				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706500355121696	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE HALLISSON BARROS DE ALMEIDA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/06/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Hallisson Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			





2 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

Paciente: Maria de Leticia Costa da Silva  
Hospital: Emergência Hospital CB  
Médico: Dr. José Paulo  
Data da Cirurgia: 24 / 06 / 18 Procedimento: \_\_\_\_\_  
Prontuário: 1679929 Convênio: SUS  
Estrumentadora: Silene Circulante: \_\_\_\_\_

Recife, 24 de 06 de 2018

**Circulante**

**Médico Responsável**



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Maria de Sotima Costa da Silva			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	Sala 04	SUS	56	1679999	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
de Tórax e abdômen		Dr. Paulo			
ANESTESIA		ANESTESIA			
geral		Dr. Donatoni			
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
	24.06.2018	19:20	20:40		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calei. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	01	Mononylon 8-0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7-0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática			
02	Amoxicilina	Sonda Uretral nº	02		
01	Clonitazina	Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
		Gelcon 18			
		Latese			
01					

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
( ) Serra	( ) Eletrocautério
( ) Desfibrilador	( ) Oxícapiógrafo
(X) Foco Frontal	( ) Cardiomonitor
( ) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico

Anielle Campos de Araújo Oliveira  
 CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
 REG. ENFERMAGEM  
 COREN-PB 397289

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Maria de Fátima Costa de Silva	Idade:	36 anos
Convênio:		Data:	24/06/09
Procedimento:	Frax + injeção de tendão de Aquiles		
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Renato
Início:		Término:	Anestesia: Raquel

[illegible][illegible]

Observações:

Ala 01 II

Assinatura Anestesista

Circulante





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Manoel de Fátima</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>27/06/10</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. João Paulo</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Frnt + avulsão de tendão de aquiles</i>			
Tipo de Operação <i>Redução + Fixação</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>SIM</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Ac + DDH</i>
<i>2) Anestesia + Antipressão</i>
<i>3) Campos operatórios</i>
<i>4) Abcissos posterior + Redução</i>
<i>5) Back</i>
<i>6) Vagão com Parafuso 30</i>
<i>7) Resaca total por parte de quadril</i>
<i>8) Sutura e evacuação</i>
<i>9) Sutura</i>

Dr. João Paulo Oliveira Nunes



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx calculator D

(available + awards)

Paciente	Maria de Fátima.	Alojamento	Leito	Convênio
			64	

[illegible]



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

M<sup>a</sup> Jaxima S. Rebel

Ex calcâneo (B)

Gta da ottopedia

4  
10  
11  
mes de Amato  
th

MOD. 001

/ /  
Data

\_\_\_\_\_  
Médico



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 952.839 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 11/11/62

NOME MARIA DE FÁTIMA COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO José Alves da Costa

Francisca Henriques da Costa

Barra de Santa Rosa-PB 02/01/1962

Cert.Cas. Nº4.037 Fls.35 Liv.B.13

CPF 485.360.324-72

Assinatura do Diretor

LEPNº 7.116 DE 29/08/83

PROTÓCOLO

14 MAR 2010

COMPRÉV PLENIDENOMIA SIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P.26

Maria de Fátima Costa da Silva

CARRERA DE IDENTIDADE



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FILIAÇÃO

PAULO MENINO DE FARIAS  
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS

NATURALIDADE

ALAGOA NOVA-PB

RG

3406259 - SSP/PB

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS

NÃO DECLARADO

DATA DE NASCIMENTO

01/06/1988

CPF

002.917.124-09

VIA 62780000 EM

01 04/07/2018

PAULO ANTONIO SILVA E SILVA  
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO

25870

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

14930418

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(ART. 13, DO L.º 1.196/91)



ASSINATURA DO PORTADOR

Israel de Souza Farias

OAB



OBSERVAÇÕES



COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 011753516565  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - PRT 20140100106345-4  
1 0040665701-7 00/00000000 2014

NOME

FERNANDO CIRINO DA SILVA

27746847811

OFB4799/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2KC1670CR459695

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. POT. CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I P V A	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA PAGO EM		01/10/2014	1º
	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS		2º
	*****	0		3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 01/10/2014

OBSERVAÇÕES A.F. AYMORE CRED. FINANC. E INVEST. SA

REST. BEN. TRIBUTÁRIO 0

ALAGOA NOVA - PB

35351



Rodolfo Augusto de Carvalho Costa

DATA 01/10/2014 14761

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753516565 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 01/10/2014

VIA - COD. RENAVAM - PRT 20140100106345-4  
1 0040665701-7 00/00000000 2014

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. POT. CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM		01/10/2014	1º
FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS		2º
*****	0		3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 01/10/2014

OBSERVAÇÕES A.F. AYMORE CRED. FINANC. E INVEST. SA

REST. BEN. TRIBUTÁRIO 0

ALAGOA NOVA - PB

DATA 01/10/2014 14761

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-44  
www.seguradoralider.com.br

14761-1453198-20141001

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 MAR. 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## 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.

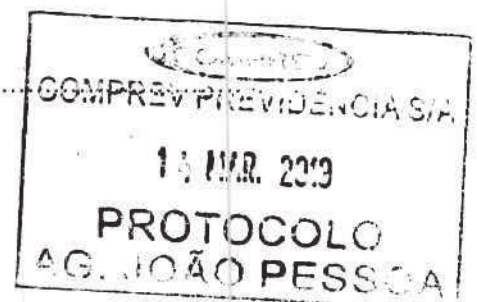
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim 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.



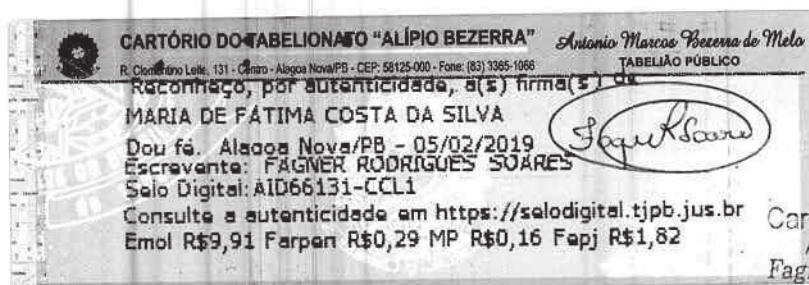
ALAGOA NOVA - PB, 05 / 02 /2019.

Maria de Fatima Costa da Silva  
Outorgante

CPF Nº 485.360.324-72



"RECONHECER FIMA 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

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### 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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA