

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quiodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DO JOELHO ESQUERDO E INTESA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DO JOELHO ESQUERDO E INTESA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190096798**

Data da solicitação: **13/03/2020**

DI/VM/AA

Nome do beneficiário: **MARIA GORETE DA SILVA**

CPF do beneficiário: **393.372.558**

56

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99663-0454 Tel. Comercial: (081) Tel. Residencial: (081)

E-mail: **luzia.silva@bol.com.br**

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: **Carta**

[DESCRIVER](#)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SANTA CECILIA/PB 13/03/2020

Local e Data

Marina Góisete da Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, informe o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



DETTRAN - PE				Nº 015100742139	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	CCO: RENAVAM	ANIRC	EXERCÍCIO		
1	380133563	*****	2019		
JOSE HELIC DE SALES					
OLINDA - PE					
OPR/CNPJ			PLACA		
251.834.226-79			PEG9999		
PLACA ANH / SE		CHASSI			
/SE		PC2JC4110CR901356			
ESPECIFICO			COMBUSTIVEL		
F12 /MOTOCICLETA			GASOLINA		
MARCA / MODELO			ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / CG 125 FAN X3			2011	2012	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
12 / 124 CL		PARTIC		PRETA	
COTA ÚNICA		VEIC. COTA ÚNICA		VEIC / COTAS	
IPVA 2019 QUITADO				120.000,00	
FAVA / IPVA		PARCELAMENTO / COTAS		20.000,00	
I				30.000,00	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		ICP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
50.11		0,00	64,56	19/02/19	
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA					
Roberto J. Delfes					
OLINDA					
ZEPETRA - CESTAS MELHORADA PAGAMENTO					
EXERCÍCIO 2019					
DATA 09/10/19					

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO OPAVAT

PE Nº 015100742139		BILHETE DE SEGURO	
JOSE MELIO DE SALES			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		C	
OLINDA-PE		EXERCÍCIO 2019	DATA EM 09/10/
VIA 261.024.220-73		PLACA - PEG9986	
PENAVAM 30133983		MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3	
ANO FAB. 011	ANO MODE. 09	Nº CHASSI 9C2JC4110CR301350	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
PRÉ (R\$) 26.05	DEMINUTIVA (R\$) 1.01	CUSTO DO SEGURO 40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.32	TAXA DE RENDIMENTO PELA CUSTA 34.58	
PAGAMENTO			
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO 19/02/19			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CEP: 50.310.000/0001-04			
SEU BILHETE DE SEGURO - O BILHETE DE SEGURO NÃO É PONTO DE RECOLHIMENTO			



SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRANSITO
DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA



CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.295.089/0001-76

0306

Paciente: _____

Hospital: _____

Médico: _____

Procedimento: _____

Prontuário: _____ Convenção: _____

Instrumentadora(O): _____ Circulante: _____

Recife, 1 de outubro de 2000

Circulante

Médico Responsável



1987.7.2 150719 1749

Clouds

X Celine moto x moto

Mc Gonha de Silver
PB 150 50cc

35

Chris Sanya
Erica Willian

300 mts de Tilodi Hoyat SF D clc
diplomas

70 981

Dra. Ana Mariana S. Anselmo
M.R. Ortopedia / Traumatologia
TRM-PB TRF Encuentro

Pre. encuentro e encontro, saluda
dele um momento intenso e significativo,
apresenta - de forma clara e frágil - a técnica
de levantar m.c. p. m + seguidamente
desenvolvida p/ limp. de tecido.

Alcantil - PB

Chico Sampa



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1944657 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/00038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmínas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

Endereço: JOSE MOURA

Cidade: Santa Cecília

Idade:035

Bairro:CENTRO

RG: N°0

CPF:

Responsável:

Nome da Mãe: MARIA JADE DELA BARBOSA

Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil:União Estável

Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLISMO

OBS FICHA:

Data de Atend:15/07/2019

Horas: 20:10:03

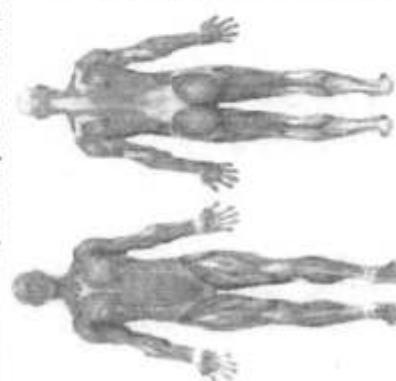
CONVÉNIO:SUS

CONVÉNIO:SUS

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Cretação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Contusão
- 15.F. Cortante
- 16.F. Corte-contusão
- 17.F. Perfuro-contusão
- 18.F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Irritamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoíco
28. Objeto Encaixado
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Parésia
32. Parestesia
33. Quelimadura
34. Rincorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.



OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNOSTICO / CID: _____

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/07/19 #Cin-Sent #

Paciente estável hemodinamicamente.

Abd: Tendônico Ab: M/G e PHT SI RI.
FAST R₊ Frênce: SI Alterado.CAB: Metacol. Língua, fundo
/f/ Olho pol. 1/2.CRM-PR 10997/CPB, DE 23/07
CRM-PR 10997/CPB, DE 23/07
Dr. Jairbas Fonsêca

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____, às _____ : _____ hs.

DESTINO DO PACIENTE	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revélia		
<input type="checkbox"/> Internação (setor)	<input type="checkbox"/> Decisão Médica		
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	<input type="checkbox"/> Óbito		
<i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>			

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

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 FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA GORETE DA SILVA6 - N° DO PRONTUÁRIO
19447677 - CARTÃO DO SUS
7006079023852628 - DATA DE NASCIMENTO
01/09/19839 - SEXO
Masculino Feminino
11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 83 N° DE TELEFONE10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JADELDA BARBOSA12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
JOSE MOURA , 0 , CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Santa Cecília14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
251315 15 - UF
PB 16 - CEP
58463000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com dor, edema e deformidade em coxa (E), além de limitações funcionais.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

Exame clínico + radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura diafisi femur (E).21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Internação hospitalar / Trat. cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
Ortopedia27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
0328 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001600286767330 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ANA MARIA DA SILVA ANSELMO31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ana Maria da Silva Anselmo
Assinatura de Traumatologista
1821

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - 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 CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

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 GORETE DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS
7006079023852628 - DATA DE NASCIMENTO
01/09/19839 - SEXO
Masc Fem 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JADELDA BARBOSA11 - TELEFONE DE CONTATO
8312 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
JOSE MOURA , 0 , CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Santa Cecília14 - CÓD. INSC. MUNICÍPIO
25131515 - UF
PB16 - CEP
58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Naia de 03-07-2019 devido de cedo com dor, duração e intensidade variável em dor. E: dor de dor duração variável.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Naia de 03-07-2019

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

Exame clínico e radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

03

(X) CNS

() CPF

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

Dr. Ana Maria S. Anselmo
Ortopedia - Traumatologia
7825

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

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

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

48 - ASSINATURA E CARENTO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Maria Venâncio da Silva - 01-09-83

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

CIRURGÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Boisa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoidé		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam 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	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Espasadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qty.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	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			
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemaccel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanaklion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol	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		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanion amp.	Sonda Foley	Qty.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogá			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5			EQUIPAMENTOS	
	Aguilha p/ raque nº			() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Álcool de Enfermagem			() Serra	() Eletrocautério
	Álcool Iodado ml			() Desfibrilador	() Oxicardiôgrafo
	Ataduras de Crepon			() Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

CIRU
GIANTE RESPONSÁVEL: *Francisco Geraldo S. Cândido*

Téc. de Enfermagem
COREN-PB 001227.391

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR	
URINA	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRATÓRIO	TEMPERATURA	FEV	PULMÃO			
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS			
	URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE			
AP. CIRCULATÓRIO					ESTRANGULAMENTO				
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESSOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO			
ANESTESIAS ANTERIORES					não adquiriu reum.				
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O'				INDUÇÃO				
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____		
LÍQUIDOS				Laringo: espasmo: _____	Lenta: _____				
				Náuseas: _____	Vômitos: _____				
			Outros: _____	MANUTENÇÃO					
CONGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	280				anexo 7				
	240				anexo 8				
220									
200									
180									
160									
140									
120									
100									
80									
60									
40									
20									
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				Com certeza					
POSIÇÃO				Paro o Leito Sim _____, Não _____					
AGENTES				CONDIÇÕES:					
TÉCNICA									
OPERAÇÃO									
CIRURGIOS	Dr. G. M. + Dr. E. L. M. + Dr. M. M. P.								
ANESTESISTAS									
OBSERVAÇÕES	100% furociano - amoníaco								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA				



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

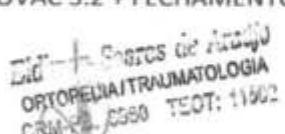
HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: MARIA GORETE			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE RIBEIRO			1º Auxiliar : DR YWRY
2º Auxiliar DR ELDIMAN			Instrumentador TIAGO
Anestesista: DR SOCORRO			Anestesia : BLOQUEIO
Diagnóstico Pré-operatório : FX S MTC E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- REDUÇÃO CRUENTA
- 05- FIXAÇÃO COM 1 FIO k
- 06- LAVAGEM SF0.9% + SUTURA + CURATIVO
- 07- TALA LUVA TIPO GARRAFA;

CRM-PB, 6960 / ZOOT, 11302
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Eduardo Sartes de Almeida

Nome do Paciente: MARIA GORETE		Data da Cirurgia 27/07/2019	
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN + DRA ANA		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<h2 style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</h2> <p> 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS 05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS 06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA 4.5MM DCP LARGA 12 FUROS; 07- FECHAMENTO - CURATIVOS - DRENAGEM 08- DRENO HEMOVAC 3.2 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 09- CURATIVOS </p> <p style="text-align: center;">  DR. ANDRE ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM-ES 0590 TEC: 11602 </p>			



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019 Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1944767

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: 0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E

Data: 27/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 4:

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
M.R. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • **FATURA** • **CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-002
 CNPJ 18.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0009943-93 | www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ALFREDO MIGUEL FERNANDES A. FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE DE CONSUMIDOR

CPF: 945.234.444-01

CENTRO/URUBIM
 SURUBIM/PE
 55750-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	Nº DA FATURA
01/10/2019	01/10/2019	70005749888
APPENDICAZÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA METALACION

DATA DA FATURA	MES DA FATURA
14/10/2019	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
14/11/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
102,74	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Aplicado (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acrescimo Bandeira AMARELA	100.0000000	0,01060952	87,55
Acrescimo Bandeira VERMELHA		0,50	5,01
Comb. Bás. Pública Municipal		5,01	8,64
ICMS Subvenção CIDE - NF 086224778-04/02/19		0,78	0,78
ICMS Subvenção CIDE - NF 07504292-05/09/19		0,80	0,80
Multa por atraso NF 075940284 - 04/09/19		1,25	1,25
Multa por atraso NF 075940284 - 04/09/19		0,11	0,11

TOTAL DA FATURA

102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
00018-106	00018-106	04/08/2019	00.237,00	01/10/2019	00.237,00	11	1.00000		100,00

DETALHAMENTO DE DEDUÇÕES

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DETALHAMENTO DE DEDUÇÕES	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
OUT/19 - 106		Gerador de Energia R\$ 79,49 71,08%
SET/19 - 91	ICMS 40,00 25,00 22,25	Transmissão R\$ 12,77 3,47%
NOV/19 - 111		Despesa Básica (CIDE) R\$ 19,81 21,07%
DEZ/19 - 112		Parceria de Energias R\$ 0,17 0,53%
JAN/19 - 102	PIB 0,00 0,00 0,00	Encargos Básicos R\$ 4,21 4,85%
FEB/19 - 103	COFINS	Impostos R\$ 28,98 31,27%
MAR/19 - 104		Total R\$ 11,88 100%
ABR/19 - 102		
MAY/19 - 105		
JUN/19 - 106		
JUL/19 - 107		
AGO/19 - 108		
SETE/19 - 109		
NOV/19 - 110		
DEZ/19 - 111		
JAN/20 - 112		
FEB/20 - 113		
MAR/20 - 114		
ABR/20 - 115		
MAY/20 - 116		
JUN/20 - 117		
JUL/20 - 118		
AGO/20 - 119		
SETE/20 - 120		
NOV/20 - 121		
DEZ/20 - 122		
JAN/21 - 123		
FEB/21 - 124		
MAR/21 - 125		
ABR/21 - 126		
MAY/21 - 127		
JUN/21 - 128		
JUL/21 - 129		
AGO/21 - 130		
SETE/21 - 131		
NOV/21 - 132		
DEZ/21 - 133		
JAN/22 - 134		
FEB/22 - 135		
MAR/22 - 136		
ABR/22 - 137		
MAY/22 - 138		
JUN/22 - 139		
JUL/22 - 140		
AGO/22 - 141		
SETE/22 - 142		
NOV/22 - 143		
DEZ/22 - 144		
JAN/23 - 145		
FEB/23 - 146		
MAR/23 - 147		
ABR/23 - 148		
MAY/23 - 149		
JUN/23 - 150		
JUL/23 - 151		
AGO/23 - 152		
SETE/23 - 153		
NOV/23 - 154		
DEZ/23 - 155		
JAN/24 - 156		
FEB/24 - 157		
MAR/24 - 158		
ABR/24 - 159		
MAY/24 - 160		
JUN/24 - 161		
JUL/24 - 162		
AGO/24 - 163		
SETE/24 - 164		
NOV/24 - 165		
DEZ/24 - 166		
JAN/25 - 167		
FEB/25 - 168		
MAR/25 - 169		
ABR/25 - 170		
MAY/25 - 171		
JUN/25 - 172		
JUL/25 - 173		
AGO/25 - 174		
SETE/25 - 175		
NOV/25 - 176		
DEZ/25 - 177		
JAN/26 - 178		
FEB/26 - 179		
MAR/26 - 180		
ABR/26 - 181		
MAY/26 - 182		
JUN/26 - 183		
JUL/26 - 184		
AGO/26 - 185		
SETE/26 - 186		
NOV/26 - 187		
DEZ/26 - 188		
JAN/27 - 189		
FEB/27 - 190		
MAR/27 - 191		
ABR/27 - 192		
MAY/27 - 193		
JUN/27 - 194		
JUL/27 - 195		
AGO/27 - 196		
SETE/27 - 197		
NOV/27 - 198		
DEZ/27 - 199		
JAN/28 - 200		
FEB/28 - 201		
MAR/28 - 202		
ABR/28 - 203		
MAY/28 - 204		
JUN/28 - 205		
JUL/28 - 206		
AGO/28 - 207		
SETE/28 - 208		
NOV/28 - 209		
DEZ/28 - 210		
JAN/29 - 211		
FEB/29 - 212		
MAR/29 - 213		
ABR/29 - 214		
MAY/29 - 215		
JUN/29 - 216		
JUL/29 - 217		
AGO/29 - 218		
SETE/29 - 219		
NOV/29 - 220		
DEZ/29 - 221		
JAN/30 - 222		
FEB/30 - 223		
MAR/30 - 224		
ABR/30 - 225		
MAY/30 - 226		
JUN/30 - 227		
JUL/30 - 228		
AGO/30 - 229		
SETE/30 - 230		
NOV/30 - 231		
DEZ/30 - 232		
JAN/31 - 233		
FEB/31 - 234		
MAR/31 - 235		
ABR/31 - 236		
MAY/31 - 237		
JUN/31 - 238		
JUL/31 - 239		
AGO/31 - 240		
SETE/31 - 241		
NOV/31 - 242		
DEZ/31 - 243		
JAN/32 - 244		
FEB/32 - 245		
MAR/32 - 246		
ABR/32 - 247		
MAY/32 - 248		
JUN/32 - 249		
JUL/32 - 250		
AGO/32 - 251		
SETE/32 - 252		
NOV/32 - 253		
DEZ/32 - 254		
JAN/33 - 255		
FEB/33 - 256		
MAR/33 - 257		
ABR/33 - 258		
MAY/33 - 259		
JUN/33 - 260		
JUL/33 - 261		
AGO/33 - 262		
SETE/33 - 263		
NOV/33 - 264		
DEZ/33 - 265		
JAN/34 - 266		
FEB/34 - 267		
MAR/34 - 268		
ABR/34 - 269		
MAY/34 - 270		
JUN/34 - 271		
JUL/34 - 272		
AGO/34 - 273		
SETE/34 - 274		
NOV/34 - 275		
DEZ/34 - 276		
JAN/35 - 277		
FEB/35 - 278		
MAR/35 - 279		
ABR/35 - 280		
MAY/35 - 281		
JUN/35 - 282		
JUL/35 - 283		
AGO/35 - 284		
SETE/35 - 285		
NOV/35 - 286		
DEZ/35 - 287		
JAN/36 - 288		
FEB/36 - 289		
MAR/36 - 290		
ABR/36 - 291		
MAY/36 - 292		
JUN/36 - 293		
JUL/36 - 294		
AGO/36 - 295		
SETE/36 - 296		
NOV/36 - 297		
DEZ/36 - 298		
JAN/37 - 299		
FEB/37 - 300		
MAR/37 - 301		
ABR/37 - 302		
MAY/37 - 303		
JUN/37 - 304		
JUL/37 - 305		
AGO/37 - 306		
SETE/37 - 307		
NOV/37 - 308		
DEZ/37 - 309		
JAN/38 - 310		
FEB/38 - 311		
MAR/38 - 312		
ABR/38 - 313		
MAY/38 - 314		
JUN/38 - 315		
JUL/38 - 316		
AGO/38 - 317		
SETE/38 - 318		
NOV/38 - 319		
DEZ/38 - 320		
JAN/39 - 321		
FEB/39 - 322		
MAR/39 - 323		
ABR/39 - 324		
MAY/39 - 325		
JUN/39 - 326		
JUL/39 - 327		
AGO/39 - 328		
SETE/39 - 329		
NOV/39 - 330		
DEZ/39 - 331		
JAN/40 - 332		
FEB/40 - 333		
MAR/40 - 334		
ABR/40 - 335		
MAY/40 - 336		
JUN/40 - 337		
JUL/40 - 338		
AGO/40 - 339		
SETE/40 - 340		
NOV/40 - 341		
DEZ/40 - 342		
JAN/41 - 343		
FEB/41 - 344		
MAR/41 - 345		
ABR/41 - 346		
MAY/41 - 347		
JUN/41 - 348		
JUL/41 - 349		
AGO/41 - 350		
SETE/41 - 351		
NOV/41 - 352		
DEZ/41 - 353		
JAN/42 - 354		
FEB/42 - 355		
MAR/42 - 356		
ABR/42 - 357		
MAY/42 - 358		
JUN/42 - 359		
JUL/42 - 360		
AGO/42 - 361		
SETE/42 - 362		
NOV/42 - 363		
DEZ/42 - 364		
JAN/43 - 365		
FEB/43 - 366		
MAR/43 - 367		
ABR/43 - 368		
MAY/43 - 369		
JUN/43 - 370		
JUL/43 - 371		
AGO/43 - 372		
SETE/43 - 373		
NOV/43 - 374		
DEZ/43 - 375		
JAN/44 - 376		
FEB/44 - 377		
MAR/44 - 378		
ABR/44 - 379		
MAY/44 - 380		
JUN/44 - 381		
JUL/44 - 382		
AGO/44 - 383		
SETE/44 - 384		
NOV/44 - 385		
DEZ/44 - 386		
JAN/45 - 387		
FEB/45 - 388		
MAR/45 - 389		
ABR/45 - 390		
MAY/45 - 391		
JUN/45 - 392		
JUL/45 - 393		
AGO/45 - 394		
SETE/45 - 395		
NOV/45 - 396		
DEZ/45 - 397		
JAN/46 - 398		

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA GORETE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA GORETE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

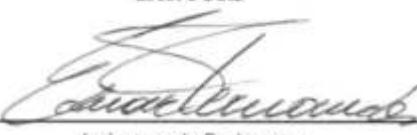
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA JOAO BAPTISTA</u>	Número	<u>370</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>SURUBIM</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u> </u>	Telefone comercial(DDD)	<u>81-996650454</u>	Telefone celular (DDD)	<u>81-98135-5022</u>

SURUBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data:



Assinatura do Declarante

GILBERTO JOSE DE ARAUJO
RUA GETULIO VARGAS, 510 - APEA RURAL
SANTA CECILIA / PB CEP: 59463000 (AG: 108)

Lote/06 MONOFASICO
Classe: RES MTC 01 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Período: 6-2019 Referência: 11/09/2019
Medidor: 0000882905



ENTRADA PARA A DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B2/0, Km 25 - Centro Industrial - Petrolina - PB - CEP 58011-230
CNPJ: 02.096.140/0001-40 - INSC Est: 16.016.800-0
Nro. Fone: Centro de Energia Elétrica (800) 82-2700
Cód. para Dib. Automática: 0016882905

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	11/09/2019	11/10/2019	054.134.344-05 0000882905

UC (Unidade Consumidora): 5/1688293-8

Canal de contato

Declaração de Declaração Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.837 de 25 de julho de 2008,
informações a respeito das dívidas referentes aos faturamen-
tos regulares de energia elétrica sendo Unidade
Consumidora vinculada no ano de 2019 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para efeitos de comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as su-
cessivas das informações inseridas nos estados de que
a que se refere, a data anual anterior.
Junte-se ao MOVIMENTO FACHA BRASIL. Saiba mais em
www.mvbrasil.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/08/19	Data 11/09/19	Leratura 2181	Leratura 2251	30
Demonstrativo				
CCI - Descrição				
0801 Consumo em kWh	89.028,000103	64,48	64,48 26	1,15
0801 Adm. B Vermelha		4,80	4,80 25	1,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO IUM/PÚBLICA	8,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2018	1,87	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2019	0,68	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2019	0,88	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2019	0,12	0,00	0,00	0,00
0808 MULTA 03/2018	0,59	0,00	0,00	0,00
0808 MULTA 05/2019	0,51	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 06/2018	0,50	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 07/2019	0,69	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 08/2019	0,88	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018	4,93	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2019	0,26	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019	0,20	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2019	0,20	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2019	0,20	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019	0,20	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019	0,20	0,00	0,00	0,00
Tarifa e Taxas	0,598770			

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
28 18/09/2019 R\$ 96,28

Historico de Consumo (kWh)
Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/19 Mar/18 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESUMO AO FISCO
5801 969a.87e1.d79c.0c4b.db6b.1a3f.47a1.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0,06	0,05	NOMINAL
16,11		200
16,11		190
22,13		220
22,13		210
22,13		200
22,13		190
22,13		180
22,13		170
22,13		160
22,13		150
22,13		140
22,13		130
22,13		120
22,13		110
22,13		100
22,13		90
22,13		80
22,13		70
22,13		60
22,13		50
22,13		40
22,13		30
22,13		20
22,13		10
22,13		0
22,13		-10
22,13		-20
22,13		-30
22,13		-40
22,13		-50
22,13		-60
22,13		-70
22,13		-80
22,13		-90
22,13		-100
22,13		-110
22,13		-120
22,13		-130
22,13		-140
22,13		-150
22,13		-160
22,13		-170
22,13		-180
22,13		-190
22,13		-200
22,13		-210
22,13		-220
22,13		-230
22,13		-240
22,13		-250
22,13		-260
22,13		-270
22,13		-280
22,13		-290
22,13		-300
22,13		-310
22,13		-320
22,13		-330
22,13		-340
22,13		-350
22,13		-360
22,13		-370
22,13		-380
22,13		-390
22,13		-400
22,13		-410
22,13		-420
22,13		-430
22,13		-440
22,13		-450
22,13		-460
22,13		-470
22,13		-480
22,13		-490
22,13		-500
22,13		-510
22,13		-520
22,13		-530
22,13		-540
22,13		-550
22,13		-560
22,13		-570
22,13		-580
22,13		-590
22,13		-600
22,13		-610
22,13		-620
22,13		-630
22,13		-640
22,13		-650
22,13		-660
22,13		-670
22,13		-680
22,13		-690
22,13		-700
22,13		-710
22,13		-720
22,13		-730
22,13		-740
22,13		-750
22,13		-760
22,13		-770
22,13		-780
22,13		-790
22,13		-800
22,13		-810
22,13		-820
22,13		-830
22,13		-840
22,13		-850
22,13		-860
22,13		-870
22,13		-880
22,13		-890
22,13		-900
22,13		-910
22,13		-920
22,13		-930
22,13		-940
22,13		-950
22,13		-960
22,13		-970
22,13		-980
22,13		-990
22,13		-1000
22,13		-1010
22,13		-1020
22,13		-1030
22,13		-1040
22,13		-1050
22,13		-1060
22,13		-1070
22,13		-1080
22,13		-1090
22,13		-1100
22,13		-1110
22,13		-1120
22,13		-1130
22,13		-1140
22,13		-1150
22,13		-1160
22,13		-1170
22,13		-1180
22,13		-1190
22,13		-1200
22,13		-1210
22,13		-1220
22,13		-1230
22,13		-1240
22,13		-1250
22,13		-1260
22,13		-1270
22,13		-1280
22,13		-1290
22,13		-1300
22,13		-1310
22,13		-1320
22,13		-1330
22,13		-1340
22,13		-1350
22,13		-1360
22,13		-1370
22,13		-1380
22,13		-1390
22,13		-1400
22,13		-1410
22,13		-1420
22,13		-1430
22,13		-1440
22,13		-1450
22,13		-1460
22,13		-1470
22,13		-1480
22,13		-1490
22,13		-1500
22,13		-1510
22,13		-1520
22,13		-1530
22,13		-1540
22,13		-1550
22,13		-1560
22,13		-1570
22,13		-1580
22,13		-1590
22,13		-1600
22,13		-1610
22,13		-1620
22,13		-1630
22,13		-1640
22,13		-1650
22,13		-1660
22,13		-1670
22,13		-1680
22,13		-1690
22,13		-1700
22,13		-1710
22,13		-1720
22,13		-1730
22,13		-1740
22,13		-1750
22,13		-1760
22,13		-1770
22,13		-1780
22,13		-1790
22,13		-1800
22,13		-1810
22,13		-1820
22,13		-1830
22,13		-1840
22,13		-1850
22,13		-1860
22,13		-1870
22,13		-1880
22,13		-1890
22,13		-1900
22,13		-1910
22,13		-1920
22,13		-1930
22,13		-1940
22,13		-1950
22,13		-1960
22,13		-1970
22,13		-1980
22,13		-1990
22,13		-2000
22,13		-2010
22,13		-2020
22,13		-2030
22,13		-2040
22,13		-2050
22,13		-2060
22,13		-2070
22,13		-2080
22,13		-2090
22,13		-2100
22,13		-2110
22,13		-2120
22,13		-2130
22,13		-2140
22,13		-2150
22,13		-2160
22,13		-2170
22,13		-2180
22,13		-2190
22,13		-2200
22,13		-2210
22,13		-2220
22,13		-2230
22,13		-2240
22,13		-2250
22,13		-2260
22,13		-2270
22,13		-2280
22,13		-2290
22,13		-2300
22,13		-2310
22,13		-2320
22,13		-2330
22,13		-2340
22,13		-2350
22,13		-2360
22,13		-2370
22,13		-2380
22,13		-2390
22,13		-2400
22,13		-2410
22,13		-2420
22,13		-2430
22,13		-2440
22,13		-2450
22,13		-2460
22,13		-2470
22,13		-2480
22,13		-2490
22,13		-2500
22,13		-2510
22,13		-2520
22,13		-2530
22,13		-2540
22,13		-2550
22,13		-2560
22,13		-2570
22,13		-2580
22,13		-2590
22,13		-2600
22,13		-2610
22,13		-2620
22,13		-2630

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> MARIA GORETE DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 393.317.558-56		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTORA	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA GETÚLIO VARGAS	9 - Número: <input type="text"/> SIN	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> ÁREA RURAL	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA CECÍLIA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58463000
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 81-99665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) <input type="text"/>
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

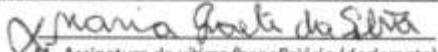
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> MARIA GORETE DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 393.317.558-56		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTORA	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA GETÚLIO VARGAS	9 - Número: <input type="text"/> SIN	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> ÁREA RURAL	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA CECÍLIA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58463000
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 81-99665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) <input type="text"/>
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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

34

informação
digitalizada
área de
assinatura
de beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

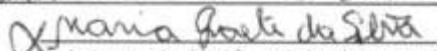
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 12/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECILIA-PB.



COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA GORETE DA SILVA, brasileira, união estável, agricultora, portadora do RG Nº 52.323.431 SSP-SP, CPF Nº 393.317.558-56, filha de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83981411674.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, a comunicante estava na posição de carona em uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, conduzida por seu irmão de nome JOSE RAFAEL DA SILVA, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Bia RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contraria a colidir de frente com a referida moto; QUE a comunicante informa que veio a cair ao solo com o condutor ora seu irmão citado, devido o forte impacto das motos; QUE relata a comunicante que fora socorrida pelo SAMU, para o hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou internada por quinze dias.

COMUNICANTE/VÍTIMA

Maria Gorete da Silva
MARIA GORETE DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL; MOACIR ANTONIO DA SILVA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15675103

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: MARIA GORETE DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000022604-1

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.

Atenciosamente,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE 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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação

BRADESCO13012020050000000002370083500000022604354375 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190696798**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GORETE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS , SN - Santa Cecília - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **523234314**

Data e local do acidente: [**15/07/2019**] **saída da cidade Santa Cecília - PB**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: Maria Gorete da Silva

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: Agricultora

IDENTIDADE: 52.323.431-4 SSP/PE.

DATA DO ACIDENTE: 15/07/2019

COBERTURA: INVALIDEZ

VÍTIMA: Maria Gorete da Silva

ENDERECO:

Rua GERTULIO VARGAS S/N AREA RURAL - SANTA
CECILIA/PB

OUTORGADO

NOME- EDUARDO JOSE DA ALBUQUERQUE FERREIRAS

NACIONALIDADE- BRASILEIRA

PROFISSÃO- Funcionário Público Aposentado

IDENTIDADE- 3092028 - SOS/PE.

ENDERECO-

Rua José Batista, nº 370, Centro, Suaçabin
(PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIOS PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cecília - PB 02 DE DEZEMBRO DE 2019.



Maria Gorete da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE STA. CECILIA
RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE
de Tabelionato de Notas

Santa Cecília-PB

Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficiala e Tabeliã

CARTÓRIO DE CIVIL E NOTAS DE STA. CECILIA
Rua Manoel Rodopiano Sales, S/N, Centro, Santa Cecília - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Maria Gorete da Silva

Deu: Santa Cecília PB - 02/12/2019

Notaria: Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

Selo Digital: AKR9271-XFVB

Consulta a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,98



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DO JOELHO ESQUERDO E INTESA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DO JOELHO ESQUERDO E INTESA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Resultados terapêuticos: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: (PARECER DA PERÍCIA MÉDICA)

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR MEIO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, EM 06/01/2020, ONDE SEGUNDO O MÉDICO PERITO, VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO ESQUERDO E INTENSA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.(PAG.02.05)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM FIOS DE K) E ALTA MÉDICA (PAG.10)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME: <i>Maria Gorete da Silva</i>
NACIONALIDADE: <i>Brasileira</i>
PROFISSÃO: <i>Agricultora</i>
IDENTIDADE: <i>52.323.431-4 SSP/PE</i>
DATA DO ACIDENTE: <i>15/07/2019</i>
COBERTURA: <i>INVALIDEZ</i>
VÍTIMA: <i>Maria Gorete da Silva</i>
ENDERECO:
<i>Rua GERTULIO VARGAS S/N AREA RURAL - SANTA CECILIA/PB</i>

OUTORGADO

NOME- <i>EDUARDO JOSE DA ALBUQUERQUE FERREIRAS</i>
NACIONALIDADE- <i>Brasileira</i>
PROFISSÃO- <i>Funcionário Público Aposentado</i>
IDENTIDADE- <i>3092028 - SOS/PE</i>
ENDERECO-
<i>Rua José Batista, nº 370, Centro, Santa Cecília (PE).</i>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIOS PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cecília - PB 02 DE Dezembro DE 2019.



Maria Gorete da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

*RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE
de Tabelionato de Notas*

Santa Cecília-PB

*Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficiala e Tabeliã*

CARTÓRIO FEG. CIVIL E NOTAS DE STA. CECILIA
Rua Manoel Rodopiano Sales, S/N, Centro, Santa Cecília - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

Maria Gorete da Silva

Deu f. Santa Cecília PB - 02/12/2019

Notaria: Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira

Selo Digital: AJK9271-XFVB

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MPR\$ 0,16 Fepj R\$ 1,98



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Número do Sinistro: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 30/03/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 30/03/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190696798**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA GORETE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GETULIO VARGAS , SN - Santa Cecília - PB - CEP 58463-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **523234314**

Data e local do acidente: [**15/07/2019**] **saída da cidade Santa Cecília - PB**

Data e local do exame: [**06/01/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE 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. 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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190696798

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.543,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: MARIA GORETE DA SILVA

Valor: R\$ 3.543,75

Banco: 237

Agência: 000000835-4

Conta: 0000022604-1

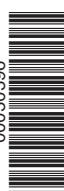
Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190696798 **Vítima: MARIA GORETE DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA GORETE DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15675103

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> MARIA GORETE DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 393.317.558-56		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTORA	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA GETÚLIO VARGAS	9 - Número: <input type="text"/> SIN	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> ÁREA RURAL	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA CECÍLIA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58463000
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 81-99665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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

34

Assinatura digitalizada
área de
assinatura
digitalizada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

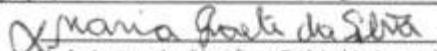
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 12/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECILIA-PB.



COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA GORETE DA SILVA, brasileira, união estável, agricultora, portadora do RG Nº 52.323.431 SSP-SP, CPF Nº 393.317.558-56, filha de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83981411674.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, a comunicante estava na posição de carona em uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, conduzida por seu irmão de nome JOSE RAFAEL DA SILVA, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Bia RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contraria a colidir de frente com a referida moto; QUE a comunicante informa que veio a cair ao solo com o condutor ora seu irmão citado, devido o forte impacto das motos; QUE relata a comunicante que fora socorrida pelo SAMU, para o hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou internada por quinze dias.

COMUNICANTE/VÍTIMA

Maria Gorete da Silva
MARIA GORETE DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL; MOACIR ANTONIO DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 393.317.558-56 4 - Nome completo da vítima: MARIA GORETE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> MARIA GORETE DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 393.317.558-56		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTORA	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA GETÚLIO VARGAS	9 - Número: <input type="text"/> SIN	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> ÁREA RURAL	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA CECÍLIA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58463000
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> 81-99665-0454

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) <input type="text"/>
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

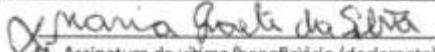
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SANTA CECÍLIA - PB 09/12/2019



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA GORETE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000022604-1

Nr. Autenticação

BRADESCO13012020050000000002370083500000022604354375 PAGO

GILBERTO JOSE DE ARAUJO
RUA GETULIO VARGAS, 510 - APEA RURAL
SANTA CECILIA / PB CEP: 59463000 (AG: 108)

Lote/loca: MONOFASICO
Cle/Sbc: RES MTC 01 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Referencia: 01/2019
Referencia: 11/2019
Medidor: 0000882905

ENTRADA PARA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B2/0, Km 25 - Centro Residencial - Jardim Passaré - PB - CEP 58011-230
CNPJ: 07.096.140.0001-40 - INSC Est: 16.016.800-0
Nro Fone: Centro de Energia Elétrica M7000 P-2 703
Cód. para Dib. Automática: 0016882905

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	11/09/2019	11/10/2019	054.134.344-05 0000882905

UC (Unidade Consumidora): 5/1688293-8

Canal de contato

Declaração de Declaração Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.827 de 25 de julho de 2008,
informa-se a outorgante que estes dados referentes aos tributos
pagos, regulares, de energia elétrica, sendo Unidade
Consumidora vinculada no ano de 2019 e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, com a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações
dos tributos que integram os estados de que
a que se refere, a data anual anterior.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
www.saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/08/19	Leratura 2181	Data 11/09/19	Leratura 2281	30
Demonstrativo				
CCI - Descrição				
0801 Consumo em kWh	89.028,000103	64,48	64,48 25	15,15
0801 Adm. B Vermelha	4,80	4,80 25	1,15	4,02 0,04 2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO IUM/PÚBLICA	9,00	0,00 0	0,00	0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2018	1,87	1,87 0	0,00	0,01 0,30 0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2019	0,68	0,68 0	0,00	0,03 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2019	0,88	0,88 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 09/2019	0,12	0,12 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0808 MULTA 03/2018	0,59	0,59 2	0,59	0,00 0,00 0,00
0808 MULTA 05/2018	0,51	0,51 0	0,51	0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 07/2019	0,50	0,50 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 09/2019	0,66	0,66 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 08/2019	0,68	0,68 0	0,00	0,01 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018	4,93	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2019	0,26	0,26 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2019	0,20	0,20 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019	0,21	0,21 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2019	0,21	0,21 0	0,00	0,00 0,00 0,00
Tarifa e Taxas	0,598770			

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28	18/09/2019	R\$ 96,28

Histórico de Consumo (kWh)
8 27 31 36 35 27 39 40 31 15 33 23 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19

RESUMO AO PISCO
5801 969a.87e1.d79c.0c4b.db6b.1a3f.47a1.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0,06	0,06	NORMAL
18,11	18,11	200
22,13	22,13	
0,01	0,00	CONTRATADA
3,61	3,61	100
22	22	100
14,45	14,45	LIMITES PERC
4,48	4,48	
1,22	1,22	
DGR	DGR	

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de Dgr. de Energia	17,55	18,14
Consumo de Energia	35,77	37,14
serviços de Transmissão	1,61	1,67
Energia Subsidiada	3,64	3,78
Impostos, Demais Encargos	48,05	50,17
Outros Serviços	0,95	1,00
Total	96,28	100,00

ATENÇÃO	Faturas em atraso
Resumo Técnico - Violâncias 29/08/19 - Res ANEEL 1.552 - Alta Tensão - 4,40% 76400 Resumo Técnico - Violâncias 28/09/19 - Res ANEEL 1.552 - Baixa Tensão - 4,29% 16000 - Letras confirmadas	

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA GORETE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA GORETE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 393.317.558 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

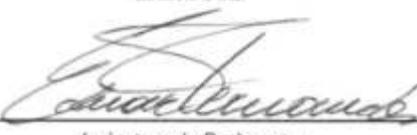
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço			Número	Complemento
<u>RUA JOAO BAPTISTA</u>			<u>370</u>	<u>CASA</u>
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>55750-000</u>	
Email		Telefone comercial (DDD)	81-996650454	Telefone celular (DDD)
				<u>81-98135-5022</u>

SURUBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data:



Assinatura do Declarante

1987.7.2 150719 1749

Cloudy

X Celine moto x moto

Mc Goncalo de Silve
PB 150 50cc

35

Chris Sanya
Erica Willian

300 mts de Tilcara Hoy 9/10/08
diplomado

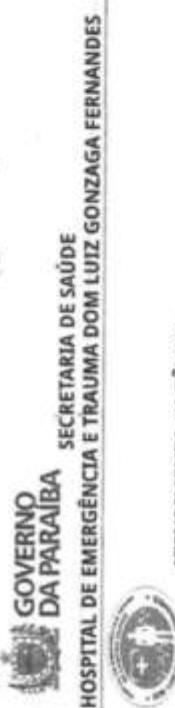
10 981

Dra. Ana María S. Anselmo
M.R. Ortopedia / Traumatología
TRM-PB 7855222222

Permito a mis estudiantes, profesores,
alumnos de la Unidad de Medicina
y de Enfermería, de la
Universidad P.J. Túrovo, la
utilización de la

Alcantar PB

Ghislain Soto



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1944657 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/00038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmás, Campina Grande - PB, CEP: 58437-809

Atendente: acolhimento

Data: 15/07/2019

Nascimento: 01/09/1983

Sexo: F

Telefone:

Bairro: CENTRO

Idade: 035

RG:

Nº: 0

Proliferação: AGRICULTURA

CPF:

CNS: 700607902385262

Data de:

Atend: 15/07/2019

CONVÉNIO: SUS

Horas: 20:10:03

OBS FICHA:

Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLISMO

ESTADO CIVIL/UNIÃO/ESTÁVEL

Mecanismos do Trauma

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Cremiação
5. Crectação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contusão
15. F. Contusão
16. F. Contusão
17. F. Perfurado-contusão
18. F. Perfurado-contusão
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Irrugitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoíaco
28. Objeto Enravado
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Parésia
32. Paresthesia
33. Quelimadura
34. Rincorrágia
35. Sínapsis de Isquemia
- 36.



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DIAGNÓSTICO / CID: _____

Pediatria

URGÊNCIA

1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente: VITIMA DE CHIQUINHO moto-moto bici anca. De 16/07/2019 a 17/07/2019. Vítima: motociclista. Motociclista: motociclista. Vítima: moto-moto. Traço de Pablo Shau solo. Motociclista: de inabilitação. Com queimadura de 3º grau. Motociclista: de inabilitação. Vítima: de 16/07/2019 a 17/07/2019.

ALERGIA:

N/A

MEDICAMENTOS:

N/A

PATOLOGIAS:

N/A

EXAME FÍSICO

N/A

PUPILAS

()

Fotorreagentes

()

Isocóricas

()

Anisocóricas

()

HGT:

N/A

PA

N/A

Glasgow

N/A

Saturação

N/A

Tensão

N/A

Pulseira

N/A

Pulseira

N/A

Cintura

N/A

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/07/19 #Cin-Sin-Set #

Painel estavam hemodinamicamente.

Abd: Tendol. Ab: MUG e AHT SI RI.
FAST Re: frênce: SI Alterado.C2: Notas clínicas
1/ Oito polim.CRM-PR 194657 / CRPC-PR 2377
DR. JAIRO GERALDO FONSECA

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____, às _____ : _____ hs.

DESTINO DO PACIENTE	CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revélia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Internação (setor)	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	_____	_____
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL	<input type="checkbox"/> Óbito	_____	_____
<u>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</u>	<u>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</u>	_____	_____

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

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 FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA GORETE DA SILVA6 - N° DO PRONTUÁRIO
19447677 - CARTÃO DO SUS
7006079023852628 - DATA DE NASCIMENTO
01/09/19839 - SEXO
Masculino Feminino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JADELDA BARBOSA11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 83 N° DE TELEFONE12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
JOSE MOURA , 0 , CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Santa Cecília14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
251315 15 - UF
PB 16 - CEP
58463000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com dor, edema e deformidade em coxa (E), além de limitações funcionais.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

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

Exame clínico + radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura diafisi femur (E).

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Internação hospitalar / Traj - cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
Ortopedia27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
03

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO
(X) CNS CPF29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001600286767330 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ANA MARIA DA SILVA ANSELMO31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/07/2019Assinatura de Anselmo
Data: 15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - 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 CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

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 GORETE DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS
7006079023852628 - DATA DE NASCIMENTO
01/09/19839 - SEXO
Masc Fem 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JADELDA BARBOSA11 - TELEFONE DE CONTATO
8312 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
JOSE MOURA , 0 , CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Naia de 03-07-2019 devido a corte de madeira com 0m, 50cm e
dificuldade para andar. E: corte de madeira com 0m, 50cm e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Naia de 03-07-2019 devido a corte de madeira

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

Exame clínico e radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

03

38 - DOCUMENTO

(X) CNS

() CPF

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

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

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

DR. Ana Maria S. Anselmo

7825

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES QU/ VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

maria vento da serra 01-09-83

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

CIRURGÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Boisa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. p/ Oxg.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoidé		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam 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	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Espasadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ml		Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	Luvas 8.5			
	Glucos de Cálcio amp.	Oxigênio l/m			
	Haemaccel ml	PVPi Degemante ml			
	Heparema ml	PVPi Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol	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		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanion amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7	Vaselina ml		() Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28	Gelcon 18		() Serra	() Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	Latese		() Desfibrilador	() Oxicardiôgrafo
	Aguilha p/ raque nº			() Foco Frontal	() Cardiomonitor
	Álcool de Enfermagem			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metílico amp.				
	Benzina ml				

CIRURGIANTE RESPONSÁVEL:
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 001227.391

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO								
FOLHA DE ANESTESIA		NOME				IDADE	SEXO	COR							
URINA	PRESORIO ARTERIAL	PULSO	RESPIRATÓRIO	TEMPERATURA	FEV	PULMÃO									
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS									
	URINA														
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE									
AP. CIRCULATÓRIO					ESTRANGULAMENTO										
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO										
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO									
ANESTESIAS ANTERIORES					não adorme bem										
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO								
AGENTES ANESTÉSICOS	O ²						INDUÇÃO								
LIQUIDOS						Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____							
					Laringo: esparmo: _____	Lenta: _____									
					Náuseas: _____	Vômitos: _____									
					Outros: _____	MANUTENÇÃO									
CONGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	280	240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	0	anexo
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Anexo: anexo de anestesia														
POSIÇÃO															
AGENTES															
TÉCNICA											CÂNULAS				
OPERAÇÃO															
CIRURGIOS	Dr. G. M. Morello + Dr. M. M. M.														
ANESTESISTAS															
OBSERVAÇÕES	100% oxigênio - anestesia														
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.										PERDA SANGUÍNEA					



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

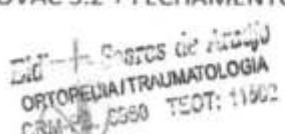
HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE

Nome do Paciente: MARIA GORETE			Data da Cirurgia 27/07/2019
CNS	Enfermaria 7	Leito 3	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE RIBEIRO		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia : BLOQUEIO	
Diagnóstico Pré-operatório : FX S MTC E			
Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: NAO			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- REDUÇÃO CRUENTA
- 05- FIXAÇÃO COM 1 FIO k
- 06- LAVAGEM SF0.9% + SUTURA + CURATIVO
- 07- TALA LUVA TIPO GARRAFA;

CRM-PB, 6960 / ZOT: 11302
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Edilene Sales de Araújo

Nome do Paciente: MARIA GORETE		Data da Cirurgia 27/07/2019	
CNS	Enfermaria 1	Leito 4	Prontuário
Cirurgião: Dr. ANDRE		1º Auxiliar : DR YWRY	
2º Auxiliar DR ELDIMAN + DRA ANA		Instrumentador TIAGO	
Anestesista: DR SOCORRO		Anestesia :	
Diagnóstico Pré-operatório : FX FEMUR E			
Tipo de Cirurgia : OSTEOSINTSE			
Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO			
Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE			
Exame Radiológico no Ato: SIM			
Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE			
<h2 style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</h2> <p> 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS 04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS 05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS 06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA 4.5MM DCP LARGA 12 FUROS; 07- FECHAMENTO - CURATIVOS - DRENAGEM 08- DRENO HEMOVAC 3.2 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS 09- CURATIVOS </p> <p style="text-align: center;">  DR. ANDRE ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM-RJ 0590 TEC: 11602 </p>			



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019 Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1944767

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: 0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E

Data: 27/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 4:

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
M.R. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA



CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.295.089/0001-76

0306

Paciente: _____

Hospital: _____

Médico: _____

Data de Cirurgia: _____ / _____ / _____ Procedimento: _____

Prontuário: _____ Convenção: _____

Instrumentadora(O): _____ Circulante: _____

Recife, 20 de

Circulante

Médico Responsável



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 52.323.431-4 DATA DE 18/NOV/2013

ESTADO MARIA GORETE DA SILVA

RECIFE SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA

E MARIA JADEILDA BARBOSA

NACIONALIDADE SURUBIM - PE DATA DE NASCIMENTO 01/SET/1983

DOC. CÍCLOM SANTA CECÍLIA-PB

SANTA CECILIA

CN:LV.A001/FLS.092V/N.000368

CPF 393317558/56

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

198 Delegado Divisão de Investigação
Assinatura do Diretor: [Signature]



DETTRAN - PE				Nº 015100742139	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	CCO: RENAVAM	ANIRC	EXERCÍCIO		
1	380133563	*****	2019		
JOSE HELIC DE SALES					
OLINDA - PE					
QPF/CNPJ			PLACA		
251.884.226-73			PEG9888		
PLACA ANH / SE		CHASSI			
/PE		PC2JC4110CR901356			
ESPECIFICO			COMBUSTÍVEL		
F13 /MOTOCICLETA			GASOLINA		
MARCA / MODELO			ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA / CG 125 FAN X3			2011 / 2012		
CAP / POT / CIL		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
F13 / 124 CL		PARTIC		PRETA	
COTA ÚNICA			VEIC. COTA ÚNICA		
IPVA 2018 QUITADO			VEIC. / COTAS		
FAZIA IPVA			PARCELAMENTO / COTAS		
I			30		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		KF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO
60.11		0.00	64.56		18/02/19
OBSERVAÇÕES					
SEM RESERVA					
Roberto Jelles					
OLINDA - PE					DATA
28/10/18					28/10/18
ZEPOLIA CRISTINA MENESES PIMENTEL					
SERIGRÁFICA					

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

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

John HELLO in sales

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

www.orientadorvirtual.com.br

SAC BYVAT 0000 021 1204

6

EXERCÍCIO 2019 DATA EM 09/10/

— FILE : CMB —

• 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

1

VAT	CPF / CNPJ	PLACA
	251.824.229-72	PEG9996
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00133883	HONDA / CG 125 FAN K3	
ANO FAB.	ANO FAB.	Nº CHASSI
011	09	9C2JC4110CR001380

PRÊMIO TARIFÁRIO

4.01 40.06

10

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOF (R\$) 0,22	TOTAL PAGO PELA ENTRADA 84,58
PAGAMENTO		DATA DE SAÍDA 19/02/10
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

여행지 202-210.07020204-01

SEVEN-FOOT-THICK GUARD-DECK LAYER OF
SILICATE MAGNESIUM OXIDE ON THE OUTERTORSION

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0449111/19

Vítima: MARIA GORETE DA SILVA

CPF: 393.317.558-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Titular do CPF: MARIA GORETE DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

MARIA GORETE DA SILVA : 393.317.558-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190696498

Data da solicitação: 13/03/2020
PDI/MEC/AB

Nome do beneficiário: MARIA GORETE DA SILVA

CPF do beneficiário: 393.317.558

Nome do solicitante: **CPF do solicitante:**

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99663-0454 Tel. Comercial: () 000-0000 Tel. Residencial: () 000-0000

E-mail: roberto.silva@uol.com.br

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANALISE.

NÃO

 SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
 - Laudo do IML
 - Boletim de Ocorrência
 - Notas fiscais complementares
 - Outros: **CARTA**

IDESCREVERI

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO.

SANTA CECILIA/PB 13/03/2020

Local & Data

Local & Data

• Maria Fazenda da Silva
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rego)

IMPORTANT:

Depois de a receber, deduz os gastos, imprime o formulário, assine e encerre em reunião ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido da Seguro Deposit.

Observações sobre beneficiários/vítima não alfabetizados:

O não a fabrício devoia escolher pessoa da sua confiança, alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190696798 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA GORETE DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da diáfise do fêmur esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, apresenta-se deambulando com muletas, apresentando boa cicatrização e com rigidez articular do joelho esquerdo com flexão até 90° graus. Rigidez articular do quinto dedo da mão esquerda com rotação interna aumentada durante flexão do 5º quirodáctilo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico em 27/07/2019 com redução cruenta da fratura do 5º metacarpo esquerdo e com fixação com fios de Kirschner. E em 27/07/2019 limpeza cirúrgica com desbridamento de tecidos desvitalizados com redução cruenta e fixação com uso de placa DCP larga com parafusos. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75