



Número: **0800935-79.2018.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **27/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELVANIA MATIAS DA SILVA (AUTOR)		JOSE FERREIRA NETO (ADVOGADO) SUELLEN DIAS SOARES VENTURA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34536 624	21/09/2020 10:58	2752038_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180246328**

Vítima: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Data do Acidente: **29/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246328**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00295/00296 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 12899747



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Sinistro: 3180246328
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180246328** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00181/00182 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12920666



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12983772

A/C: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180246328
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000000634-3**

Conta: **000010016646-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
--	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

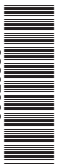
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01759/01760 - carta_15R - INVALIDEZ

00020880



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 056.237.454-77 Nome completo da vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>ELVANIA MATIAS DA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>056.237.454-77</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>R. AFONSO VENTURA</u>		Número <u>246</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>OURO BRANCO</u>	Cidade <u>PIANCO</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.765-000</u>
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA
 NRO. 0634 D/V 3 **CONTA**
 NRO. 76.646 D/V 4
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO
 Nome NRO
AGÊNCIA
 NRO. D/V **CONTA**
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PIANCO-PB 13 de MARÇO de 18
 Local e Data

Elvânia Matias da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL





28 MAIO 2018





Atendimento
Data:12/03/2018
Hora:10:45

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº222/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data do fato: **29/12/2017 - RUA AFONSO VENTURA NESTA CIDADE** hora: **18H30**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.

Notificante: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: PIANCÓ-PB, nascido em
09/10/1984, documento: RG nº 2980370-SSP-PB, CPF 056.231.454-77,
filho de MANOEL MARCULINO e de LUCIA MATIAS DA SILVA MARCULINO,
endereço: Rua AFONSO VENTURA, 246, OURO BRANCO, PIANCÓ-PB,
referência:

Vítima: **A NOTIFICANTE**, alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: *****, documento: ,
filiação: e de , endereço: *****, referência:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local acima informados, a vítima foi atropelada pela motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, PLACA MOQ 1719/PB, ANO 2005/2006, CHASSI 9C2KC08506R804356, COR AZUL, licenciada em nome de Justino Evangelista Sobrinho, quando a vítima cruzava a rua de um lado para o outro; Que a vítima foi socorrida pelo SAMU, e transferida para o Hospital Regional da Cidade de Patos-PB, ficando internada até o dia 03/01/2018, ocasião em que foi transferida para o Hospital São Francisco para realização de cirurgia, uma vez que no Regional não tinha vaga; Que realizou cirurgia no Hospital São Francisco, recebendo alta médica no dia 04/01/2018; Que registra a ocorrência e solicita Certidão. Nada mais a consignar.

Elvania Matias da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Alves Bento

Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA CPF da Vítima: 056.231.454-77 Data do Acidente: 29/12/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RIANO-PB 13 de MARÇO de 18
Local e Data

Elvânia Matias da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Atérgica a UAS!

FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

S: Alerte

Data <i>29.12.17</i>	ID Ocorrência <i>073</i>	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <i>02</i>	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base <i>18:30</i> Hs	Hora de Chegada no Local <i>18:33</i> Hs
-------------------------	-----------------------------	--	--------------------------	--	--	---

Solicitante:

Paciente / Usuário <i>Oliveria Matias da Silva</i>	Idade <i>33</i>	Sexo: <i>Fem.</i>	Telefone
Local da Ocorrência <i>R. Monses Ventura</i>	Bairro <i>Quero Branco</i>	Médico Regulador <i>Dr.º Jaime</i>	
Quantidade de Vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de Três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> At. no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o Atendimento			
<i>HRP de Patos</i>		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)	

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: <i>HRP de Piancó</i> Responsável: <i>Dr.º André</i> Hospital de Destino: <i>HRP de Patos</i> Responsável: <i>Dr.º Felipe</i>
<p>CAUSAS EXTERNAS</p> <p>Acidente de Trânsito</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente automobilístico:</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente motociclístico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento por: <i>Moto</i></p> <p><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto</p> <p><input type="checkbox"/> Capotamento</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p> <p><input type="checkbox"/> F.A.F.</p> <p><input type="checkbox"/> F.A.B.</p> <p><input type="checkbox"/> Agressão Física</p> <p><input type="checkbox"/> Afogamento</p> <p><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:</p> <p><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento</p> <p><input type="checkbox"/> Choque Elétrico</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>	<p>ANTECEDENTES</p> <p><input type="checkbox"/> AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoolismo</p> <p><input type="checkbox"/> AVC</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsão</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Doença Renal</p> <p><input type="checkbox"/> Droga</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo</p> <p>Quais?</p>

1 - DADOS VITAIS

P.A.: *120 X 80* FC: *93* FR: _____ TEMP: _____ HGT: _____ SpO2 - SIO2: *94* SpO2 CRO2: _____

EXAME CLÍNICO (SISTOMAS, QUEIXAS) / ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente do sexo feminino consciente orientada vítima de atropelamento por moto. Sol. evolução por melhora socialização a mesma com suporte de família em HIE, aguardando de ser no mesmo. Foi encaminhado medicado e conduzido ao HRP, em seguida, transferida para HRP Patos.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: *lesão relacionada ao trauma evidenciada por lesões verbais*

Intervenções: *Administração de medicamentos conforme prescrição para alívio da dor.*

Evolução do Enfermeiro:

Avulsa do sexo feminino consciente orientada vítima de atropelamento por moto, multipós imobilização do paciente, relatores das Lm VIE, imobilização do membro medular direita "RH", encaminhada ao HRP de Patos. Após RH foi evidenciada fratura do membro inferior esquerdo, a mesma foi encaminhada ao HRP de Patos. - 2/3 de

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

af. SFL
af. dispense

28 MAIO 2018

[Handwritten signature]

Assinatura do Médico Regulador





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 073 Data: 29/12/17 Hora: 19h
 Nome da Vítima: Colmano Matos de Silva Idade: 33
 Evento: Traumática () Clínico () Pediátrico () Gineco-Obstétrico
 Psiquiátrico () Cirúrgico Outros: _____

Procedência: _____
 Solicitante: André Jung ARP
 Destino: _____
 Contato: _____

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as ineficiências deste hospital para a manutenção da vida do paciente
Recebeu o paciente de traumatismo com
dor intensa e deformidade no pulso e
RX Fratura tíbia e fíbula

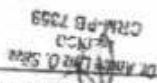
Procedimentos realizados no hospital:

RX

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Diferença 3 q + ASUV

Médico: _____
 Assinatura e Carimbo



CRM: _____

28 MAIO 2018

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVANIA MATIAS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010016646-6

Nr. da Autenticação 3BC3C7DBA832F4D8



MANUEL MARCULINO
RUA ANTONIO BRASILEIRO, S/N - CENTRO
PIANCO / PB CEP: 58760000 (A2-144)

Emissão: 20/10/2017 Referência: Out / 2017
Cidade/Subs: RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFASICO B 120, Km 25 - Cam. Residencial - Jataí Pessoa / PB - CEP: 58071400
Roteiro: 17 - 144 - 120 - E780 Nº medidor: 0000445573



ENERGISA PARAÍBI - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 06.183/0001-43 Insc. Est. 16.915.320-0

Insc. Fiscal / Cota de Energia Elétrica: 1001.200.4/0
Cód. para Div. Automática: 000496833

Atendimento ao Cliente - ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta refe. ente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2017	30/10/2017	29/11/2017	9441336491 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/456885-3**

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA. O TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias			
Data 29/09/17	Leitura 17555	Data 30/10/17	Leitura 18118				
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Apto. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Por (R\$)	Cofins (R\$)
				Tributos Totais (R\$) (ICMS (R\$) ICMS	Pa/Cofins (R\$) (0,0089%) (4,7603%)		
0001	Consumo em kWh	481,000	0,738260	353,42	330,42	27	91,68
0001	Aj/c B. Amarelo			0,83	0,83	07	0,22
0001	Aj/c B. Verde			22,26	22,26	27	6,05
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			21,76	0,00	3	0,00

CCI Código de Classificação de Item TOTAL 384,36 382,60 97,90 382,00 3,76 17,35

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
302 **26/11/2017** **R\$ 384,36**

Histórico de Consumo (kWh)

279 | 315 | 350 | 326 | 279 | 303 | 344 | 316 | 296 | 290 | 321 | 399
Set/17 | Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16

RESERVA DO INVOZ

35af.9f0a.cdf9.549a.4756.3ae8.5bdc.7dc3.

Indicadores de Qualidade 8/2017 - Parcel

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGRESSAL	8,37	5,21	NORMAL 220
DM TRIMESTRAL	12,34		
DIGRESSAL	27,48	3,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
DM TRIMESTRAL	7,47		
DIGRESSAL	14,35	2,42	
DM TRIMESTRAL	3,97		
DIGRESSAL	11,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa/PB	87,06	22,65
Luz de Energia	119,04	30,97
Serviço de Transmissão	13,37	3,48
Energia Solar	24,12	6,28
Impostos, Direitos e Encargos	140,77	36,67
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	384,36	100,00

Valor do EUIO (Ref. 8/2017) R\$ 73,69

ATENÇÃO

Faturas em atraso

• Leitura confirmada

28 MAIO 2018





CTC RECIFE PE PL7
 EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO
 R JOSE AMERICO SN
 CENTRO
 58765-000 PIANCO PB



00408609

DATA DE VENCIMENTO: 21/03/18 - DATA DE POSTAGEM: 12/03/18



7216210573187810000005693930120318

Atendimento Claro - Ligue 1052.
 Auto-Atendimento - Ligue *1052#
 Na Web - claro.com.br
 Visite o site: minhaclaro.com.br
 para consultar o detalhamento da sua fatura.
 Se preferir receber mensalmente a sua fatura
 detalhada solicite através do 1052.
 Atendimento ao deficiente auditivo e
 de fala - Ligue 0800 036 2323

ClaroClube

Saldo de pontos em 01/03/18 367
 Pontos resgatados em 01/18 0

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
33 99129 6366	de 04/02/2018 a 03/03/2018	21/03/2018	R\$ 27,39

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais		R\$	39,99
Oferta Conjunta Claro MIX			
Aplicativos Diretos			
Assinatura Controle (135)			
Descontos		R\$	-12,00
Total do Mês		R\$	27,99
Créditos Anteriores		R\$	-0,60
Total a Pagar		R\$	27,39

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Mensagens Importantes

A oferta conjunta Claro MIX é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais providos por terceiros.

28 MAIO 2018

Prezado Cliente,
 Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



que sua conta nos bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada no prestador.

Indicação Mecânica:

a use do banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
WERTON RAFAEL ANGELO B	167014440 Claro NE DDD 81 a 89	04/02/18 a 03/03/18	R\$ 27,39	21/03/18

84800000000-6 | 27390221201-8 | 80321167014-1 | 44003718122-4



Indicação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

00408609

Pág. 1 / 2



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.064.274, 67, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELVANIA MATIAS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.231.454, 77, do sinistro de DPVAT cobertura IUALIDEZ da Vítima ELVANIA MATIAS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.231.454, 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-SE Renda: RECUSA-SE e apresento os documentos comprobatórios: CNH E COMP. RESIDÊNCIA

Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOSÉ AMÉRICO</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>PIANÓ</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.765.000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

PIANÓ, PB. 15 de MARÇO de 18
Local e Data

Ewerton Raphael Angelo Bento
Assinatura do Declarante

28 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDÚHY CARNEIRO
 RUA HORACIO NOBREGA, S/N
 PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 105309
 Ocorrência: URGENCIA

Data/Hora 29/12/2017 20:56:24

Servidor do Dr.: _____

Paciente **ELVANIA MATIAS DA SILVA** Idade: 33 Sexo F

Filiação
 Pai: MANOEL MARCULINO
 Mãe: LUCIA MATIAS DA SILVA MARCULINO

Endereço
 Cidade: PIANCO - PB - 58765-000 - 2511301
 Endereço: AFONSO VENTURA N.: 244
 Bairro: CENTRO
 Naturalidade: PIANCO - PB
 Fone: (83)99151-8259

Documentos
 CNS: 702-1077-8022-3396
 Identidade: 2980370 SSPPB
 CPF:
 Reg. Nasc.:

Informações adicionais
 Nascimento: 9/10/1984
 Cor: PARDA
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Profissão: TECNICO EM ENFERMAGEM

Responsável: *Elvânia Matias da Silva*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

trauma joelho E

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Dei
 Edema / joelho E
 Deformidade*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Rx
 TC*

Diagnóstico: *trauma grave do joelho E*

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ___/___/___

Recepcionista: KATIA

28 MAIO 2018





Hospital São Francisco

Se Precisar Estaremos Aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | 58.700-450 | PATOS - PB
TELEFONE: (83) 3421-3454 | e-mail: contato@hsaofrancisco.com

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº _____

Nome: 49142 - Elvania Matias da Silva Data de Nascimento: 09/10/1984 Idade: 33 anos Sexo: F

Estado Civil: _____ Profissão: _____ Origem: 33 anos

Responsável: _____ Categoria: _____

Endereço: Rua Afonso Ventura, - - Ouro Branco - Piancó - PB - PARTICULAR

Data e hora de admissão: 03/01/2018 Hs. 19:13 - Alta 04 / 01 / 2018 Hs. 10:30

Internamentos anteriores neste Hospital: _____

Internamentos em outros Hospitais: Dr. Ivanis

Médico assistente Dr. _____

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

MOTIVO DA ALTA

Indisciplina ()	Transferido ()
Curado (<input checked="" type="checkbox"/>)	A Pedido ()
Melhor ()	Falecido ()

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:

Profusão de Platina no tórax
Primária: _____
Secundária: _____
Observações: _____

CID: _____

ANAMNESE:

Dor + edematismo + impetigo
local no membro superior inferior

EXAME OBJETIVO:

AP. _____ X _____ Tempo _____ Pulso _____

Recepcionista: Leandro Figueredo Pinto - 03/01/2018 - 19:13.

CLÍNICA:

Obstétrica () Cirúrgica () Médica () Pediátrica ()

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)

28 MAIO 2018



1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO 03.01.2018
Nome: Eraújo Matos Idade: 33a
Pavilhão: I andar Leito: 101
Procedência: Bloco Cirúrgico

2. FUNÇÃO NEUROLÓGICA
 Consciente Orientado () Confuso
() Agitado () Outros: _____
Força motora: Preservada () Prejudicada
OBS: _____
Sensibilidade: preservada

3. CABEÇA E PESCOÇO
3.1 Couro cabeludo: Sem alteração
() Alopecia () Cicatriz () Lesão
3.2 Mucosa: Normocorada () Hipocorada
 Hidratada () Desidratada
OBS: _____

4. SISTEMA TEGUMENTAR: Pele
 Hidratada () Desidratada
 Normocorada () Hipocorada
 Anictérica () Ictérica
 Acianótica () Cianótica
 Afebril () Febril
Turgor e elasticidade: preservada
 Pele íntegra () Presença de Escara
OBS: _____

5. FUNÇÃO CARDIOVASCULAR
FC: _____ Bpm. Ritmo: () Regular () Irregular
PA: 130 x 80 mmHg.
Pulso periférico: _____
OBS: _____

6. FUNÇÃO RESPIRATÓRIA
6.1 Características da respiração:
FR: 16 irpm.
 Eupnéia () Taquipnéia
() Bradipnéia () Dispnéia
 Espontânea () Cheyne Stokes
() Apnéia () Ortopnéia
6.2 Suporte ventilatório
() Respiração espontânea
() Cateter de O₂
() Traqueostoma
() Nebulização

6.3 Ausculta pulmonar
() Sem R.A () MV diminuído
() Rôncos () MV audível
() Sibilos () Est. Bolhosos
() Est. Crepitantes

6.4 Tosse: () Sim (Não)
Se sim, caracterizar: _____

7. FUNÇÃO GASTROINTESTINAL
Abdome:
 Plano () Timpânico () Dolorido
() Distendido () RHA+ () Ascítico
 Flácido () RHA-
Glicemia capilar: _____

8. FUNÇÃO RENAL
Diurese: () Espontânea
() Cistostomia
() SVD
Aspecto: sem alteração
Outros: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIURNO

Enfermeiro - COREN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NOTURNO
21:50h - Paciente em P.O. por
prática em MZC com G.D.
SVD com bom débito urinário,
pa com alta frequência. Sem
queixas. Segue os cuidados
de enfermagem.


Enfermeiro - COREN

28 MAIO 2018





Hospital São Francisco

Se precisar estamos aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | PATOS - PB

Cep: 58.700-450 | TELEFONE: (83) 3421.3454

e-mail: contato@hsaofrancisco.com

www.hsaofrancisco.com

FICHA DE CONSUMO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Efêrenia Nator da Silva ADMISSÃO: _____ CONVENIO: Fantasia

SEXO: Fem IDADE: 33 an ENF/APTº: _____

INTERVENÇÃO: Fractura de Rádio Tibial

CIRURGIÃO: Dr. Luciano CRM: _____

PRIMEIRO AUXILIAR: _____ CRM: _____

PEDIATRA: _____ CRM: _____

ANESTESISTA: Dr. Feni CRM: _____

DATA DA INTERVENÇÃO: 03/01/18 HORA: 20:00 TIPO DE ANESTESIA: Raqui

QUANT.	DESCARTÁVEIS
01	Aguilha n° Raque Spinal <input checked="" type="checkbox"/> 25g <input type="checkbox"/> 27g
	Aguilha Peritonal Nº
	Aguilhas <input type="checkbox"/> 13x4,5 <input type="checkbox"/> 25x7 <input type="checkbox"/> 40x12 <input type="checkbox"/> 40x16
0000	Algodão Hidrófilo (gramas)
0000	Algodão Ortopédico (gramas)
0000	Atadura de Crepon Nº
	Atadura Gasgada Nº
	Bolsa Coleira de Urna Stat. Fechado
001	Cateter Jelco <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24
	Cateter Nasal de Oxigênio
	Ciamp Urtilical
	Dreno Parrosa Nº
	Dreno Sucção Nº
	Dreno Torax Nº
	Duplicador de acesso venoso (2 vias)
005	Eletrodos descartáveis
01	Equipo macrogotas <input type="checkbox"/> c/nl <input type="checkbox"/> s/nl
	Equipo microgotas <input type="checkbox"/> c/nl <input type="checkbox"/> s/nl
	Equipo para infusão sanguínea
004	Escalpe <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24
0000	Escova com PVPJ
0000	Espiradrapo (cm)
0000	Espiradrapo microper (cm)
0000	Gaze estéril (pacote)
0000	Gaze não estéril (pacote)

QUANT.	DESCARTÁVEIS
0000	Lâmina de Bisturi <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 15 <input checked="" type="checkbox"/> 24
0000	Luvas estéril Nº
004	Luvas não estéril Nº
006	Máscara descartável
004	Pró-cps descartável
	Pulseira RN
	Seringa 1ml
001	Seringa 3ml
002	Seringa 5ml
002	Seringa 10ml
	Seringa 20ml
	Sonda de Foley Nº
	Sonda Nasogastrica <input type="checkbox"/> Longa <input type="checkbox"/> Curta
	SondaUretral Nº
	Touca Tubarante Sefonada
	Tubo Endotraqueal Nº

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Cat Gut Cromado 0 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Cromado 1,0 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Cromado 2,0 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Cromado 3,0 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Simples 0 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Simples 1 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Simples 2 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Simples 3 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Simples 4 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Cat Gut Simples 5 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Monocryl Nº
01	Monocryl 1
	Monocryl 2
	Monocryl 3
	Monocryl 4
	Monocryl 5
	Monocryl 6
	Polycol 0 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Polycol 1 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Polycol 2 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Polycol 3 <input type="checkbox"/> c/eq <input type="checkbox"/> s/eq
	Prolene 0
	Prolene 2
	Prolene 3
01	Vicryl Nº 1

28 Maio 2018



Hospital São Francisco Medicina com a Dignidade		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>ELVANIA MATTIAS DA SILVA</i>	IDADE: <i>33</i>	SEXO: <i>F</i>
DATA: <i>13/01/18</i>	PRESSÃO ARTERIAL: <i>130/80</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLUCEMIA
	URINA			URÉIA
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA
AP. CIRCULATÓRIO				BRONQUITE
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	ELETROCARDIOGRAMA	
ESTADO MENTAL	ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	<i>patologia pleto-tuberculose</i>		ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIA ANTERIORES				
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>02</i>		INDUÇÃO	
LÍQUIDO	<i>AL 500</i>		SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> EXCIT. <input type="checkbox"/> TOSSE <input type="checkbox"/>	
CÓDIGO P.V. ARTERIAL: PULSO - RESPIRAÇÃO V.Z. - ANESTESIA: OPERAÇÃO	260		LARINGO ESPASMO <input type="checkbox"/> LENTA <input type="checkbox"/>	
	240		NÁUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/>	
	220		OUTROS	
	200		MANUTENÇÃO	
	180		<i>h</i>	
	160		ANESTESIA SATISF. SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
	140		NÃO, POR QUE?	
	120			
	100			
	80		DESPERTAR	
	60		REFLEXOS NA BO <i>S</i>	
	40		OBSTR. <input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> EXCIT. <input type="checkbox"/>	
	20		NÁUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES			OUTROS	
POSICÃO	<i>0</i>		COM CÂMULA <input checked="" type="checkbox"/>	
AGENTES	<i>Neocainam Isoflurano 150 + Droperidol</i>		PARA O LEITO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	
TECNICA	<i>h</i>		CONDIÇÕES <i>h</i>	
OPERAÇÃO	<i>Tubo crânio</i>		CÂMULA	
CIRURGIÕES	<i>Luanes</i>			
ANESTESISTAS	<i>Renê</i>			
OBSERVAÇÕES:				
ANOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS				

28 MAIO 2018





Hospital São Francisco

Ficha Consumo Materiais Descartáveis

PACIENTE: Rivania Maria da Silva APT.: 101
PRONT.: _____ DATA: 03/01/18 CONVÊNIO: Part

MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE
Agulha x		curva de face	at
Atadura de Crepom x		dimensão	
Cateter Nasal para Oxigênio		100% 20ml N° 65	at
Duplicador de acesso		PTI	bol
Equipo macro c/ injetor		20ml 12	at
Equipo macrogotas		5ml 30	3g
Equipo micro c/ injetor			
Equipo microgotas			
Equipo para transfusão			
Escalpe N°			
Gaze (pacote)			
Gaze Esteril (pacote)	01		
Jelco N°			
Lanceta Picadora			
Seringa 1ml			
Seringa 10ml	01		
Seringa 20ml			
ringa 3ml			
Seringa 5ml			
Seringa 60ml			
Sonda de Foley N°			
Sonda Enteral			
Sonda Nasogástrica N°			
Teste Strip			
Torneira 3 vias			

Técnica (o) em Enfermagem
Assinatura e Carimbo

Enfermeira (o)
Assinatura e Carimbo

Artigo 3322.02/91

28 MAIO 2018





DR. ANTÔNIO IVANES DE LACERDA

Fraturas - Correção de Deformidades da Criança e do Adulto
Tratamento da Escoliose - Doenças da Coluna Vertebral
Doenças Ósseas em Geral e Fisioterapia

TEOT - Título de Especialização em Ortopedia e Traumatologia - Nº 01213

Residência Médica em
Traumato-Ortopedia no
Hospital dos Servidores do
Estado do Rio de Janeiro



Pós-Graduação em
Medicina Física e
Reabilitação na PUC do
Rio de Janeiro



Membro Titular da
Sociedade Latino
Americana de Ortopedia
e Traumatologia



Membro Titular
Concursado da Sociedade
Brasileira de Ortopedia
e Traumatologia



Membro da Sociedade
Brasileira de Medicina
Física e Reabilitação



Sócio Fundador do Centro
Brasileiro de Estudos da
Coluna Vertebral



Membro Titular da
Sociedade Brasileira de
Ortopedia Pediátrica

ELVANIA MATIAS DA SILVA

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, ELVANIA MATIAS DA SILVA, É PORTADOR(A) DE FRATURA DE JOELHO ESQUERDO, QUE FOI TRATADO COM CIRURGIA, UTILIZANDO PLACA E PARAFUSOS. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. RECOMENDO FICAR DE REPOUSO E AFASTADO(A), POR NOVENTA DIAS, DE TODAS ATIVIDADES QUE DEMANDEM ESFORÇO FÍSICO. ENCAMINHO À PERÍCIA DO INSS.

CID.10 S82.1

AUTORIZAÇÃO:

Eu, ELVANIA MATIAS DA SILVA, autorizo o(a) Dr.(a) Antonio Ivanês de Lacerda a registrar o diagnóstico codificado CJD- 10 ou por extenso neste atestado médico.

Elvania Matias da Silva

Assinatura do (a) paciente ou responsável legal

Patos, 27 de Abril de 2018

Antonio Ivanês de Lacerda
Dr. ANTONIO IVANES DE LACERDA
CRM 3038 PB

QUEM VALORIZA O MÉDICO, VALORIZA A VIDA

RETORNO DIA ____ / ____ / ____ ÀS ____ H

AV. PEDRO FIRMINO, 244 - TELS.: (83) 98770.6843 / 99912-6390
58.700-071 - PATOS - PARAÍBA
e-mail: ivaneslacerda@bol.com.br

28 MAIO 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALDO EM TORRES
 O TERRITORIO NACIONAL
 1095946767

EMERTON RAFAEL ANGELO BENTO

DOC. CIVIL/CATEG. ORG. EMANCIP. Nº
 2899193 SSP PB

CPF 059.064.214-67 INSC. REGISTRO 25/09/1984

RENÇÃO FRANCISCO ALVES BENTO
 SOLANGE MARIA ANGELO
 HUNES ALVES

PERMISSAO ADP CATIVA
 ADP AD

Nº REGISTRO 06022013070 VIGENCIA 07/12/2018 1ª EMISSAO 18/03/2014

CERTIFICACAO
 EXERCE ATIV REMUNERADA:

Emerton Raphael Angelo Bento

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA TIRELEN 14/05/2015

30309718340
 8802068074

DETRAN - P.B. (PARATI)

28 MAIO 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETTRAN - PB
 CENTRO DE REGISTRO DE VEÍCULOS E AUTOMÓVEIS
 Nº 012506833180
 00866438034 00/00000000 2016

PLACA: 28818250833
 MARCA: HONDA
 MODELO: CG 150 TITAN ES

DATA DE EMISSÃO: 23/09/2016
 VALOR: 23.000,00

TIPO DE VEÍCULO: 1
 PVA PAGO EM: 23/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA DE EMISSÃO: 23/09/2016

PLACA: 28818250833

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

PB Nº 012506833180 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurodoctransporte.com.br
 SÃO PAULO 0909 022 1904

PLACA: 28818250833
 MARCA: HONDA
 MODELO: CG 150 TITAN ES

DATA DE EMISSÃO: 23/09/2016
 VALOR: 23.000,00

TIPO DE VEÍCULO: 1
 PVA PAGO EM: 23/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA DE EMISSÃO: 23/09/2016

PLACA: 28818250833

28 MAIO 2018



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180246328 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DA FLEXÃO EM 45°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM, SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/12/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 03/01/2018 COM PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 36 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA HOSPITALAR ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular do membro inferior, déficit de força muscular, limitação grave da flexo-extensão do joelho esquerdo).
Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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: **3180246328**

Nome do(a) Examinado(a): **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Antonio Brasilino, S/N - Centro - Piancó - PB - CEP 58765-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2980370**

Data e local do acidente: [**29/12/2017**] **PINACO PB**

Data e local do exame: [**08/06/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/12/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 03/01/2018 COM PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 36 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA HOSPITALAR ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DA FLEXÃO EM 45°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM, SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

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

[] Sim [] Não

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

[] Sim [] Não

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

RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45° CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

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):
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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180246328 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELVANIA MATIAS DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ELVANIA MATIAS DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA
Profissão: DO LAR, portador(a) do RG 2980370, órgão expedidor SSPIPB
e do CPF: 056.231.45477, residente no(a) RUA AFONSO VENTURA
nº 246, bairro: CORO BRANCO, município: PIANCO IPB

OUTORGADO:

Nome: EVERTON RAFAEL ANGRLO BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 2899193, órgão expedidor SSPIPB
e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) R-JOSÉ AMÉRICO
nº 54, bairro: CENTRO, município: PIANCO IPB

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ELVANIA MATIAS DA SILVA.

Local e Data: PIANCO-PB, 13/03/18

2º OFÍCIO DE NOTAS

Elvania Matias da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Edvaldo Caldas
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Jacqueline Inácio da Cruz
Escrivente

RECONHECO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, A(S) FIRMADO(S) DE
ELVANIA MATIAS DA SILVA
Em test. da verdade. Pianco-PB 13/03/2018 09:27:37
JACQUELINE INÁCIO DA CRUZ - Escrivente
[2018-000498] INFL: R\$ 49,48 FAFPPN: R\$ 28 FET: R\$ 1,70
SELO DIGITAL: AGF76274-6075
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Jacqueline Inácio da Cruz
- Escrivente -

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
2º OFÍCIO
Jacqueline Inácio da Cruz
- Escrivente Autorizada -
FONE: (83) 3452-2274 "EDVALDO CALDAS"

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018

