



Número: **0804302-15.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.031,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ (AUTOR)		LAMARCK LEITE DE SOUSA (ADVOGADO) BRUNO MOTA LUCENA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36279 817	05/11/2020 10:32	2762604_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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

Carta nº 13879692

Pag. 00827/00828 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 000001944-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01029/01030 - carta_02 - INVALIDEZ

00050515



Carta nº 14135200



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>

Número do documento: 20110510324197100000034639427



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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **000001944-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	099.117.274-40	Tabita Barissa dos Santos Muniz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Tabita Barissa dos Santos Muniz	099.117.274-40	
Profissão:	Número:	Complemento:
Agricultora	39	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:
Natal da Maia	Catole do Rocha	PB
E-mail:	CEP:	
emmanoela@hotmail.com.br	58884000	
Tel.(DDD): (83) 3421-8003		
(83) 9.9655-9434		
(87) 9.9699-9076		

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3518 ☐ CONTA: 00001944 ☐ 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Catole do Rocha, 18/01/2019

Nome: Tabita Barissa dos Santos Muniz

CPF: 099.117.274-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0140/2019

Aos **DEZESSETE (17) dias** do mês de **JANEIRO** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE (2019)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Ai, por volta das 15h:31min compareceu **GEOVANI DE LIMA**, brasileiro (a), solteira, data de nascimento 08/10/1972, RG: 1755080 SSDS/PB, CPF: 978.661.214-00, natural de Catolé do Rocha- PB, filho (a) de Carmelita Maria de Lima e de pai não declarado, residente na Rua Agostinho Tomaz, nº 39, bairro Natanael Maia, Catolé do Rocha /PB, Fone: (83) 9.9652-1524, A fim de prestar a seguinte ocorrência:

Que o (a) notificante afirma que, na data 03/10/2018, por volta das 17h:30min, seu filho (menor), **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES** (D.N. 04/01/2002), RG 4166200 SSDS/PB, CPF 121.955.634-35, conduzia uma motocicleta de marca/modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS**, Placa: **MOQ-7809/PB**, Renavam: 866680004, ano fab./modelo: 2005/2006, cor: **PRETA**, chassi: **9C2KC08106R820898**, Licenciada em nome de Wilson Alves da Silva, e a namorada de Wilson Victor de Lima Alves, de nome **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ** (D.N.04/01/1994), RG 3729576 SSDS/PB, CPF 099.117.274-40, ia na garupa da referida moto, quando, na rua Francisco Maia, na cidade de Catolé do Rocha/PB, um veículo não identificado, colidiu na moto em que seu filho pilotava, e se evadiu do local, sem prestar socorro; que **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES**, foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros Militar da cidade de Catolé do Rocha/PB, e **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**, foi socorrida pelo SAMU da cidade de Catolé do Rocha/PB; que ambos foram conduzidos ao Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos, localizado na cidade de Catolé do Rocha/PB; que devido o acidente, **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES**, teve fraturas em três dedos da mão, **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**, teve fratura no braço esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do CP.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

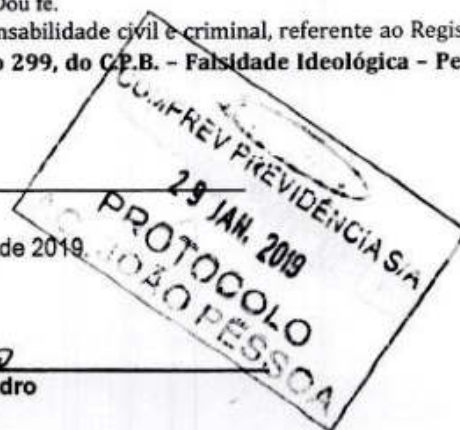
Notificante: Geovani de Lima

Patos/PB, 17 de Janeiro de 2019.



Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 23/01/2019 10:54:41
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2019-001299] ENCL:RN 2.43 FAREN:RN 0.29 FEPU:RN 0.50 ISS:RN 1.12
SELO DIGITAL: A1831213-J801
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Ana M. da C. Leandro
Policial Civil
Mat: 138.428-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	099.117.274-40	Tabita Barissa dos Santos Muniz

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

Nome completo:	CPF:
Tabita Barissa dos Santos Muniz	099.117.274-40
Profissão:	Número:
Agricultora	39
Endereço:	Complemento:
Rua Agostinho Tomaz	Casa
Bairro:	Cidade:
Natal da Maia	Catole do Rocha
Estado:	CEP:
PB	58884000
E-mail:	Tel.(DDD):
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8000 (83) 9.9655-9434 (87) 9.9699-9076

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3518 ☐ CONTA: 00001944 ☒ 1

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Catole do Rocha, 18/01/2019

Nome: Tabita Barissa dos Santos Muniz

CPF: 099.117.274-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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





ESTADO DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL



GOVERNO DA PARAIBA
o trabalho

CNES: 2692460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA

UF: PB

Atendimento: CONSULTA - CONSULTA SIMPLES (CLINICO)

Paciente: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Mae: MARIA DORGVANIA DOS SANTOS

Nascimento: 04/01/1994 Idade: 24 Cor: PARDA

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: RUA SENADOR RUI CARNEIRO

Bairro: CORRENTE

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306

CNS: 165-9273-1231-0004

CPF: 3.729.576 SSP PB

Data / Hora: 03/10/2018 17:52:07

Reg. Nasc.: 3.729.576 SSP PB

Recepcionista: ANA R. DE S. FERREIR

Ficha Numero: 48912

Sexo: F

SPO 2: 88 FC: 120 TEMP: 36,5 HGT: 1,50 PA: 130/80

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Ref: Refus. de atendimento

Ass. com. par. 1

Tratado de par. 2

Tratado de par. 3

Tratado de par. 4

Tratado de par. 5

Tratado de par. 6

Tratado de par. 7

Tratado de par. 8

Tratado de par. 9

Tratado de par. 10

Tratado de par. 11

Tratado de par. 12

Tratado de par. 13

Tratado de par. 14

Tratado de par. 15

Tratado de par. 16

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

101

03/10/2018

18:50

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

20/10/2018

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
29 JAN 2019
JOAO SOARES

DIAGNÓSTICO

GID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

OBITO

ENCAMINHAMENTO

RESIDENCIA

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	8	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Medico / Cnm / Chao

LIVALDINO CARNEIRO DA COSTA NETO - 5188-PB - 203-6345-0008-4001

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

05807

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 03.10.2018	OCORRÊNCIA Nº 0032	PACIENTE / USUÁRIO TIGHA LACUSA dos Santos MORAIS	IDADE 074	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA RUA FRANCISCO MAIA		BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	colisão com veículo
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÕES ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R.C.R. RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

* Dor aguda em M.S.E.

DADOS VITAIS

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >60mm Hg ☐ <60mm Hg
PA: 130 x 80 FC: 120 FR: 24 TEMP: °C GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2 98 SpO2d/O2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVA
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia
<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
<input type="checkbox"/> Outros	

<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz
<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Termoregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Delicados
<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Prejudicada
<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada

INTERVENÇÕES

Monitorar e Ef. Análise primária e secundária
Resposta Remoção / Reparação

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente vítima de acidente de motocicleta, encontrada no posto de atendimento, com lesões, queixando-se de dor de forte intensidade em M.S.E. Realizada imobilização de M.S.E. com prancha rígida + C.C., regulada neutra, estabilizada cervical e monitorada no HUPD com intervenções

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
30-10-2019
PREVIDÊNCIA SIN



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)	
02 JELCO N°20	- Tala de Imobilização
01 S.R.L.	- Algodão
01 ABD	- EPT
02 Amp. Dipirona Sódica	

E.C.G

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU")

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA

☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA

☐ CÂNULA OROFARÍNGEA

☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA

☐ OUTROS: _____

☐ PUNÇÃO VENOSA

☐ TALAS/TRACÃO

☐ OROTRAQUEAL

☐ Sonda GÁSTRICA

☐ RESPIRADOR

☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS

☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2)

☐ Sonda VESICAL

☐ SEDAÇÃO

☐ CURATIVO

☐ COLLAR CERVICAL

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

* AVD + S.R.L.

* Dipirona Sódica - 3g / ev + ABD - 10ml - 1 inj. lenta

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____

CRM: _____

ENFERMEIRO(A): _____

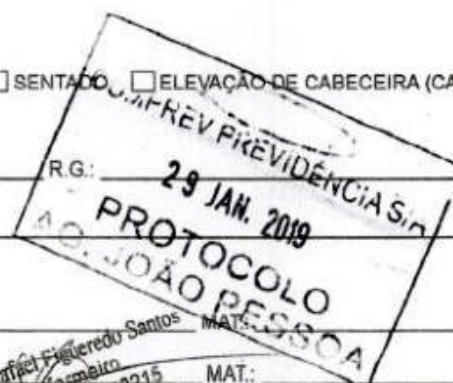
COREN: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____

COREN: _____

ONDUTOR: _____

COREN: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 472772B5573383B3



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 6B9B51905E821B7A



MARIA RAIMUNDA NETA
RUA AUGUSTO TONAL, 38 - NATANIEL, NANA
CATOLE DO ROCHA / PB CEP: 58940-000 (A3: 345)
Emissão: 27/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B230, Km25 - Cota Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 58071-890
Roteiro: 17 - 245 - 110 - 2600 Nº medidor: 00008544812



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.056.162/0001-40 Ins. Est. 15.015.520-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.101.275
Cód. para Dth. Automático: 0000289741

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	27/09/2018	29/10/2018	025.843.964-59

UC (Unidade Consumidora): 5/538974-7

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/09/18	6493	27/09/18	6709	1	216	25

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/09/18	6493	27/09/18	6709	1	216	25

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/09/18	6493	27/09/18	6709	1	216	25

CCI: Carga de Classificação do item TOTAL 178,63 188,15 52,38 188,15 1,56 7,25

Media ultimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
188 **21/10/2018** **R\$ 178,63**
Histórico de Consumo (kWh)

170 | 184 | 207 | 184 | 130 | 222 | 177 | 170 | 184 | 176 | 166 | 195
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

fb7a.12a8.e617.5d30.53d4.dbf8.6f15.980d.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,27	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	30,75	17,19
DIC TRIMESTRAL	17,54	0,00	CONTRATADA	Compra de Energia	51,42	28,79
DIC ANUAL	25,08	0,00	LIMITE INFERIOR	Serviços de Transmissão	4,78	2,68
FG MENSAL	3,42	0,00	LIMITE SUPERIOR	Encargos Setoriais	7,27	4,07
FG TRIMESTRAL	9,25	0,00		Impostos, Outros e Encargos	84,43	47,37
FG ANUAL	13,10	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
OMC	9,71	0,00		Total	178,63	100,00
DIC	12,22	0,00				

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$40,13.
Reajuste Tarifário-Vigência 26/09/18-Res. ANEEL nº 2.428-Grav. Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário-Vigência 26/09/18-Res. ANEEL nº 2.429- Alta Tensão 16,75% Médio

Faturas em atraso

energisa PARAIBA

Roteiro: 17 - 245 - 110 - 2600
Matrícula: 538974-2018-09-8

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

21/10/2018 **R\$ 178,63**

83680000001-7 78630054000-8 05389742018-7 09800245019-9



COMPROVANTE PREVIDENCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
DO PESSOA





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20181228928857

ESCRITÓRIO

PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02892885.7

MATRÍCULA
02892885.7

CLIENTE
DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO

CPF/CNPJ:
041.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
19/12/2018

INSCRIÇÃO
075.005.420.0056.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380

PATURA
12/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

11/2018 -	10	10/2018 -	9
09/2018 -	14	08/2018 -	17
07/2018 -	14	06/2018 -	22-FF
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	9	R	53014

LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
743	752	9	30	0,30
07/11/2018	07/12/2018	N°Hm: Y13N713469		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

9 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos FIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 3,58

TOTAL R\$ 37,91

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/12/2018



MATRÍCULA
02892885.7

INSCRIÇÃO
075.005.420.0056.000

PREVIDÊNCIA
29 JAN. 2019
FATURA 12/2018
NÃO RECEBER APÓS 31/12/2019
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA

VENCIMENTO 19/12/2018

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 525

FIRMA: 2

82630000000-5 37910010075-7 02892885701-1 12201850003-5

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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/BIBLIOTECASWEB/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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tabita Larissa dos Santos Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.117.274 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Tabita Larissa dos Santos Muniz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.117.274 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☒ 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 RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58700-000
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (82) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976	

Patele do Rocha 18 de fevereiro de 2019
Local e Data

Emmanoela S. P. V. S. Araújo
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017





GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ, RG 3.729.576 SSP/PB**, residente e domiciliada na Rua: Senador Rui Carneiro – Catolé do Rocha – PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Livaldino Luiz da Costa Neto – CRM/5457, no dia 03 de Outubro de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de colisão carro com moto, foram feitos os primeiros procedimentos e ficando em observação, e a mesma vindo sendo Transferida para o Hospital Regional de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

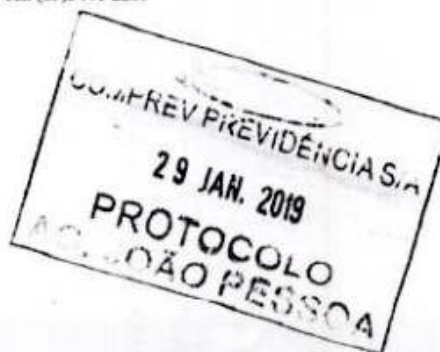
As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral
Mat. 488924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 22 de Outubro de 2018.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280



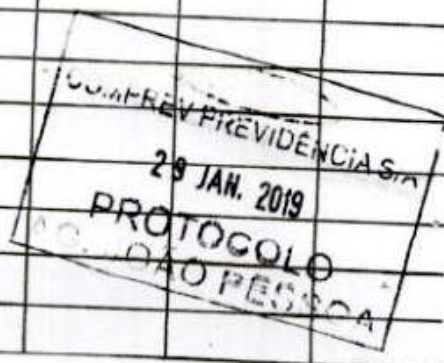
Nome: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Leito: _____

Thalissa Tâmara
Enfermeira
CORENIPB 417.306

Data	Hora	PA	Spo2	FC	FR	HGT	Temp.
04/12	06:20	100 x 60	96	84			36.3

COMATREVIDENCIA S/n
 29 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 DO PACIENTE



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
CATOLÉ DO ROCHA - PB

ENCAMINHAMENTO

Nome do paciente Talita Pereira da Silva
e na(o) _____
lo de Catolé do Rocha
1) Hospital Regional
le de PB

JUSTIFICATIVA

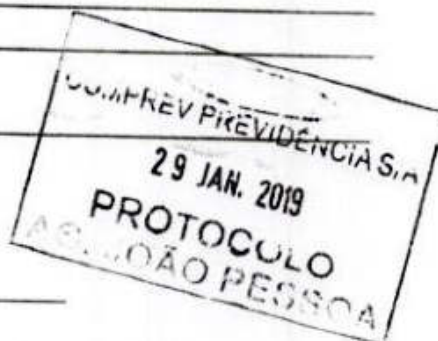
OBSERVAÇÕES

Nome do Acompanhante: _____

Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Liveldino Luiz da L. Neto
CRM: 5457
CPF: 025.501.01

Assinatura e carimbo do profissional



Catolé do Rocha - PB, _____





FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	13108	PRONTUÁRIO	7980
DATA	12/10/2018	HORA	15:43
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MMAIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ	IDADE	24a 9m - GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DORGIVANIA DOS SANTOS		
FILIAÇÃO II	UBIRATAN FERREIRA MUNIZ		
CIDADE	CATOLE DO ROCHA PB	58884000	
ENDEREÇO	RUA AGOSTINHO TOMAZ 39		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	CATOLE DO ROCHA		
TELEFONE	8396331451	CELULAR	
C.N.S.	165927312310004	IDENTIDADE	3729576
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	04/01/1994	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL GEAVANIA DE LIMA

Ass. Resp./Paciente

Geavani de Lima

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

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

Dr. André Luis Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18426

REV. PREVIDÊNCIA S. 11
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

fratura de um dos membros

CID

S42.2

DADOS DA SAÍDA

Data *14.10.18*

Hora *07* H *00* Min

MOTIVO

() Alta Curado (☒) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João H. Sebastião Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1417



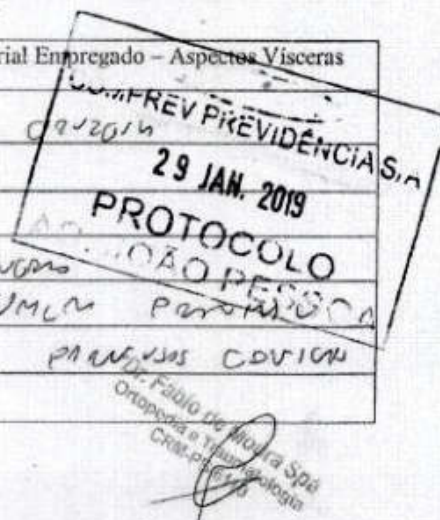
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>FABIA LUISA DO SANTO RODRIGUES</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>11/01/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Fábio Spá</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. W462301</u>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FRACTURA UMBILICAR PROXIMAL GSOJGRO</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>OSTEOSSINTESE UMBILICAR PROXIMAL GSOJGRO</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>BOEM</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL MCM CRUZADO
2. ASSINIA O ANTISSEPTICA
3. COBERTURA DO CAMPO CIRURGICO
4. VIA DE ACESSO ANTERIOR AO OMBRO GSOJGRO
5. Realiza coleta e o diagnóstico UMBILICAR PROXIMAL GSOJGRO
6. Sutura com PDS 4.5 mm - 6 PONTOS CONTINUA
4.5 mm -

6. Sutura em forma de SP 9,0
7. Sutura em PDS



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Preletário
Nome		Yasibe Larissa dos Santos Muniz 24 F			
Data	Procedimento	Respiração	Tem. perórea	Peso	Altura
01/10/19	140x90 110	38%	36		
Hemúria		Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Vida postural					Outros
Aq. Respiratório		Adma		Bronquite	
Aq. Circulatório		Eletrocardiograma			
Aq. Digestivo		Órulas	Priscoço	Aq. Urinário	
Sistema Nervoso		Antibióticos	Corticóides	Alérgia	Hipertensões
Regime de Pós-Operatório		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anterior					
Anestesia Pré-Anestésica		Aplicada em	Estado		
Agentes Anestésicos		INDUÇÃO			
Linha		Sedativo Excl. Tóxico			
JF 500-500		Laringo Espasm. Lente			
JP 20 20 20		Músculos Vómitos			
200		Outros			
200		MANUTENÇÃO			
200		Cephalone (2)			
200		Dexametazone (1)			
200		Ondansetron (1)			
200		Midazolam (1)			
200		Propofol (1)			
200		Anestesia Satel. Sim Não			
200		Não, porque?			
200		DESPERTAR			
200		Reflexos no SO			
200		Gastr. CO2 Sufit.			
200		Vômitos			
200		Outros			
200		Com cântula			
200		29 JAN. 2019			
200		PROTOCOLO			
200		NÃO PEGAR			
200		Cântula			
200		Nedatone CV 90% 20 ml + Lidocaine 1% CV 20 ml + Midazolam 1% CV 20 ml			
200		Biotina para			
200		Pós. cir. Fato. unio			
200		Fos. 50 50			
200		Fil. 1000			
200		Observações			



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE: <i>Roberta Lourenço dos Santos Kuniz</i>				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<i>SUS</i>	<i>24</i>	<i>7980.</i>	
CIRURGIA: <i>Proctomia em Uniflex Proctex Spai</i>				
ANESTESIA: <i>⑤</i>		ANESTESISTA: <i>Felipe...</i>		
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIN	
<i>George</i>	<i>11-10-18</i>	<i>10.30</i>		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>m. 24</i>
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano <i>Propofol</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	1	Esparadrão
	Etomidate	1	Xilocalina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml	1	Algodão Hierófilo <i>Compressas</i>
	Narcon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 1g <i>cefazolin 2g</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbot 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha <i>Ureter U</i>
	Prolene 0 c/ agulha		<i>raylon 20</i>

GOV. DA PARAIBA
PREVIDENCIA S.A.

29 JAN. 2019

PROTOCOLO





REQUISICÃO DE PARECER

NOME: YAGITA LARISSA DOS SANTOS ALVES

DA CLÍNICA União Jari ENFERMARIA 12
A CLÍNICA Cardiologia LEITO 06

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco cardiovascular

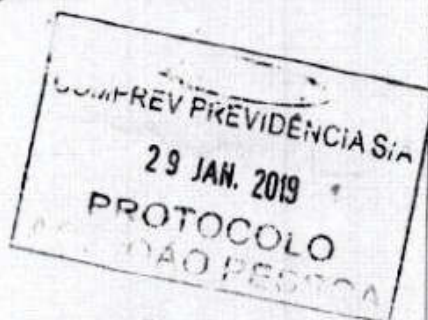
05/10/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente Sem queixas Cardiológicas.
Nega Comorbidades ou outros medicamentos.
PA = 120 x 80 mmHg.
ECG = Normal.
Risco Coronário = Baixo Risco



07/10/18

DATA

Mauro M. de F. Franco
Cardiologia / Clínica
Cristina

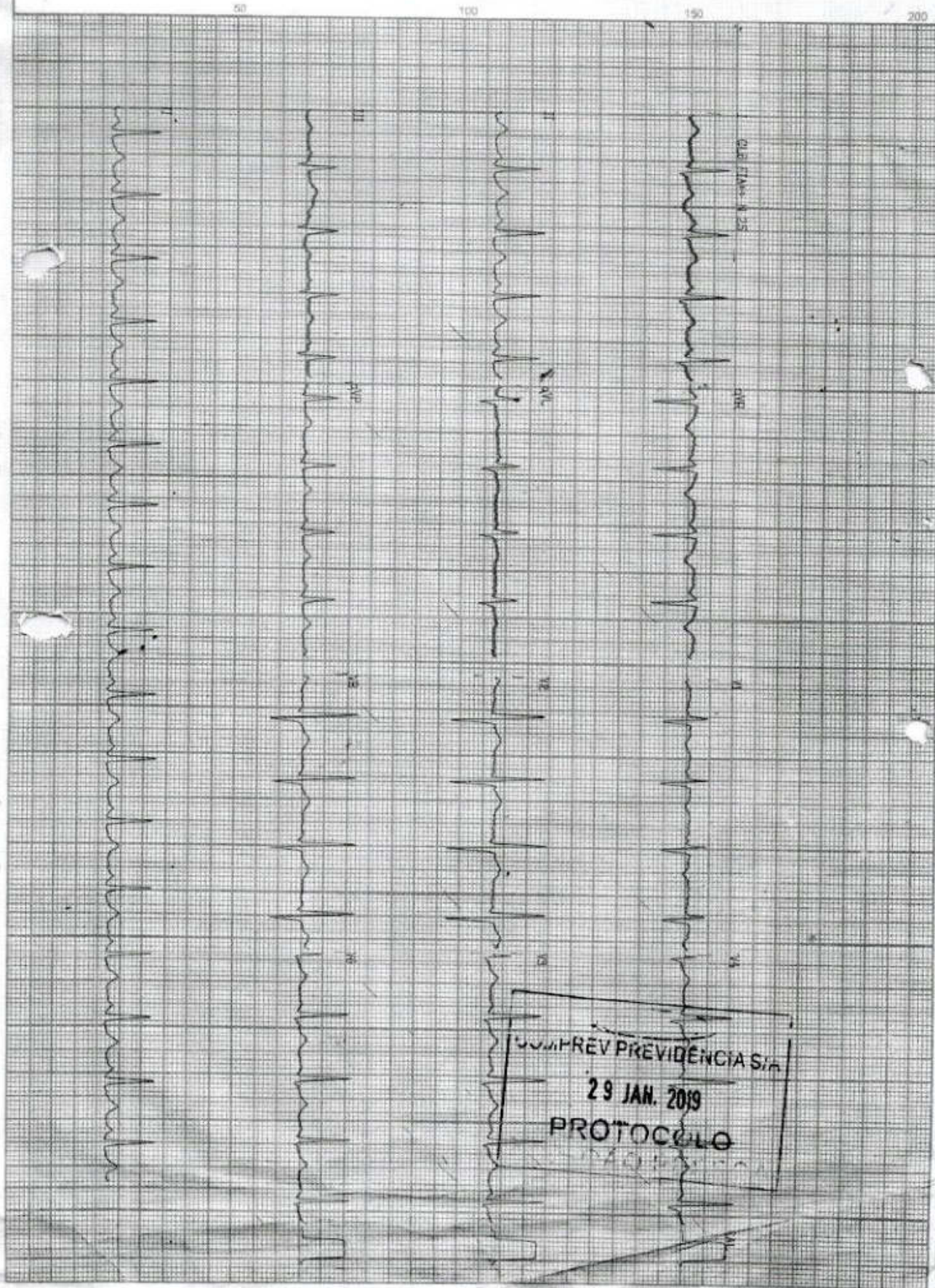
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



Idade: 24

Data: 04/10/18

Hora: 16:30



COMPREV PREVIDENCIA Sin
29 JAN. 2019
PROTOCOLO



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 13108

DATA

12/10/2018

HORA

15:43

MÉDICO

LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO

PRONTUÁRIO 7980

OPERADOR

MMAIA

PACIENTE

TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

IDADE 24a 9m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO

() Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, DE

DE 20

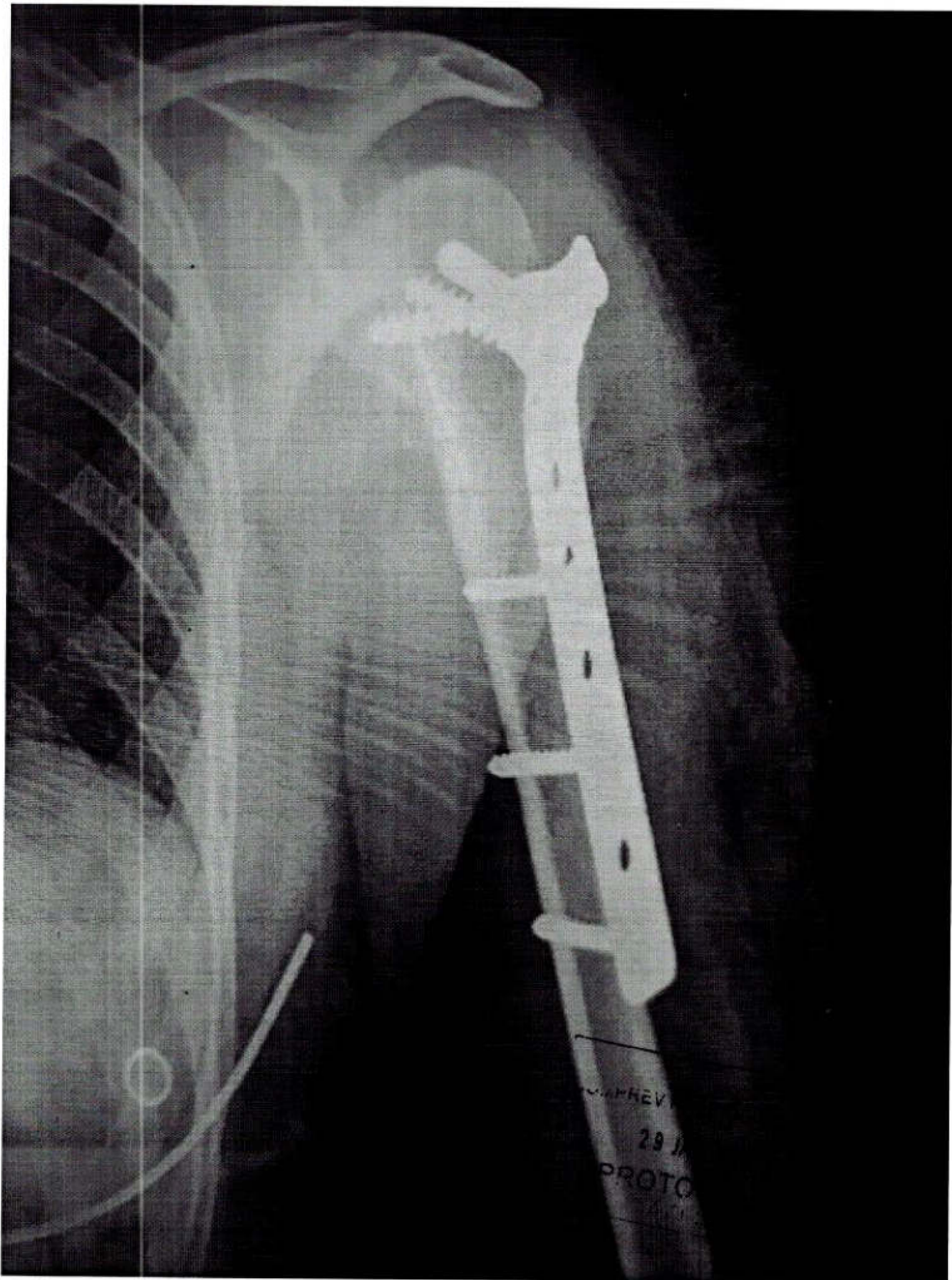
MÉDICO/CRM

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

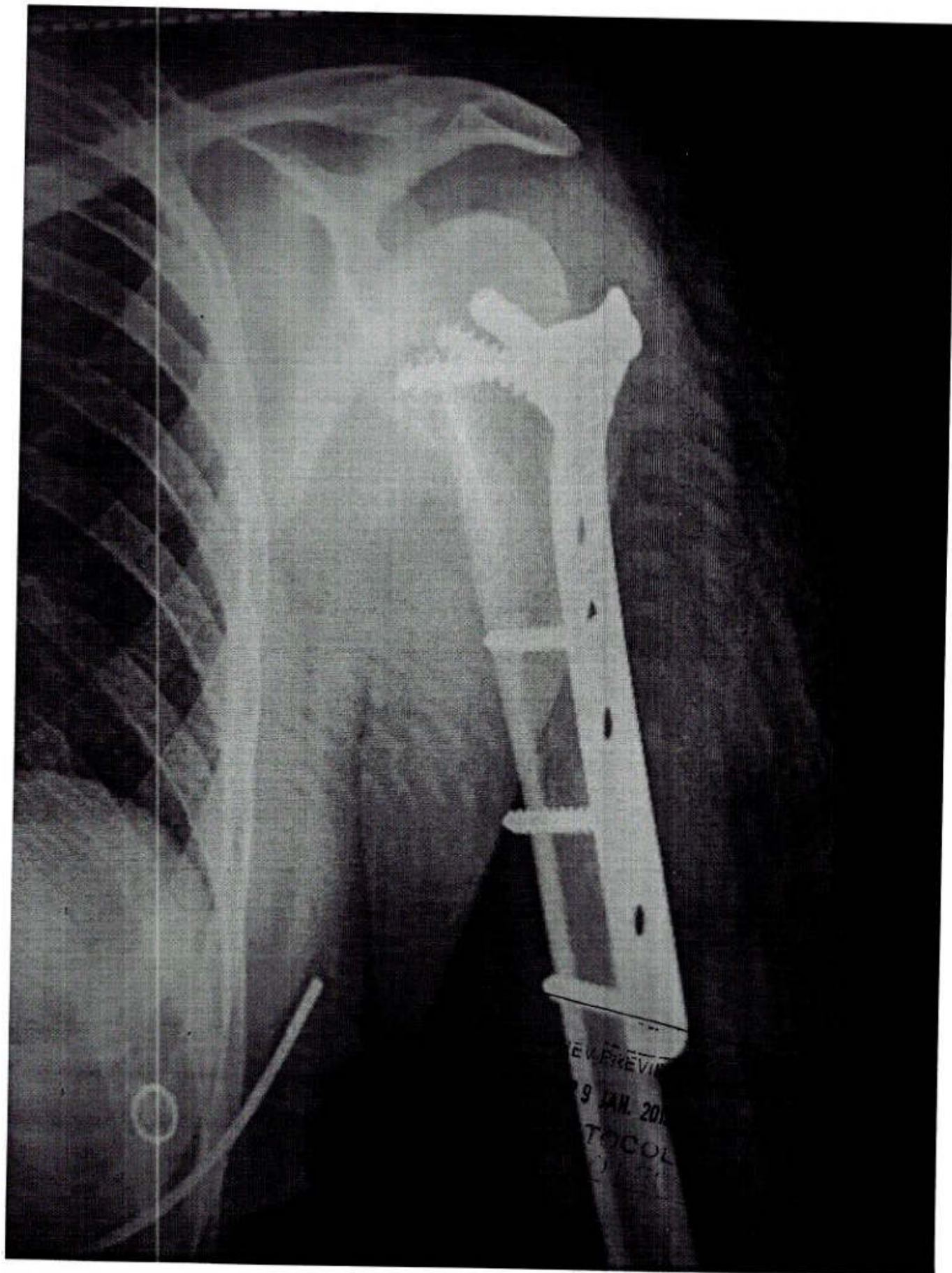
29 JAN. 2019

PROTOCOLO









MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

Dra. Gertrudes M^a Medeiros Nóbrega e Souza
CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza
CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscoopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOSPIROMETRIA (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO

VO2
BRASIL

PROTÓCOLO
AGILIDADE PESSOAL

25 MAR 2019

COMPROVANTE
IMPREVISTOS E PREVIDÊNCIA

Laudo médico

Dedecis para os devidos fins que a paciente Tábata Lourenço da Silva Rodrigues deu entrada no Hospital Regional de Patos em 02 de outubro de 2018 vítima de acidente de moto com fratura de fêmur cominativa do membro proximal esquerdo (CDS: 542.2) sendo submetida a tratamento cirúrgico em 11 de outubro com fixação do membro proximal esquerdo com placa e parafusos corticais e espinhas. Atualmente apresenta fratura consolidada com perda de 60% de amplitude de movimento ombro esquerdo e perda de

Rua Nilo Pecanha, 636 - Prata - C. Grande - PB - 83 3341.4976 / 3341.8700 | @MAIORCG | (83) 99144.7644 | @maiorcg

Scanned by CamScanner

60%. da força em membro superior esquerdo
como sequelas de fraturas da coluna
cervical.

CID - T92.8

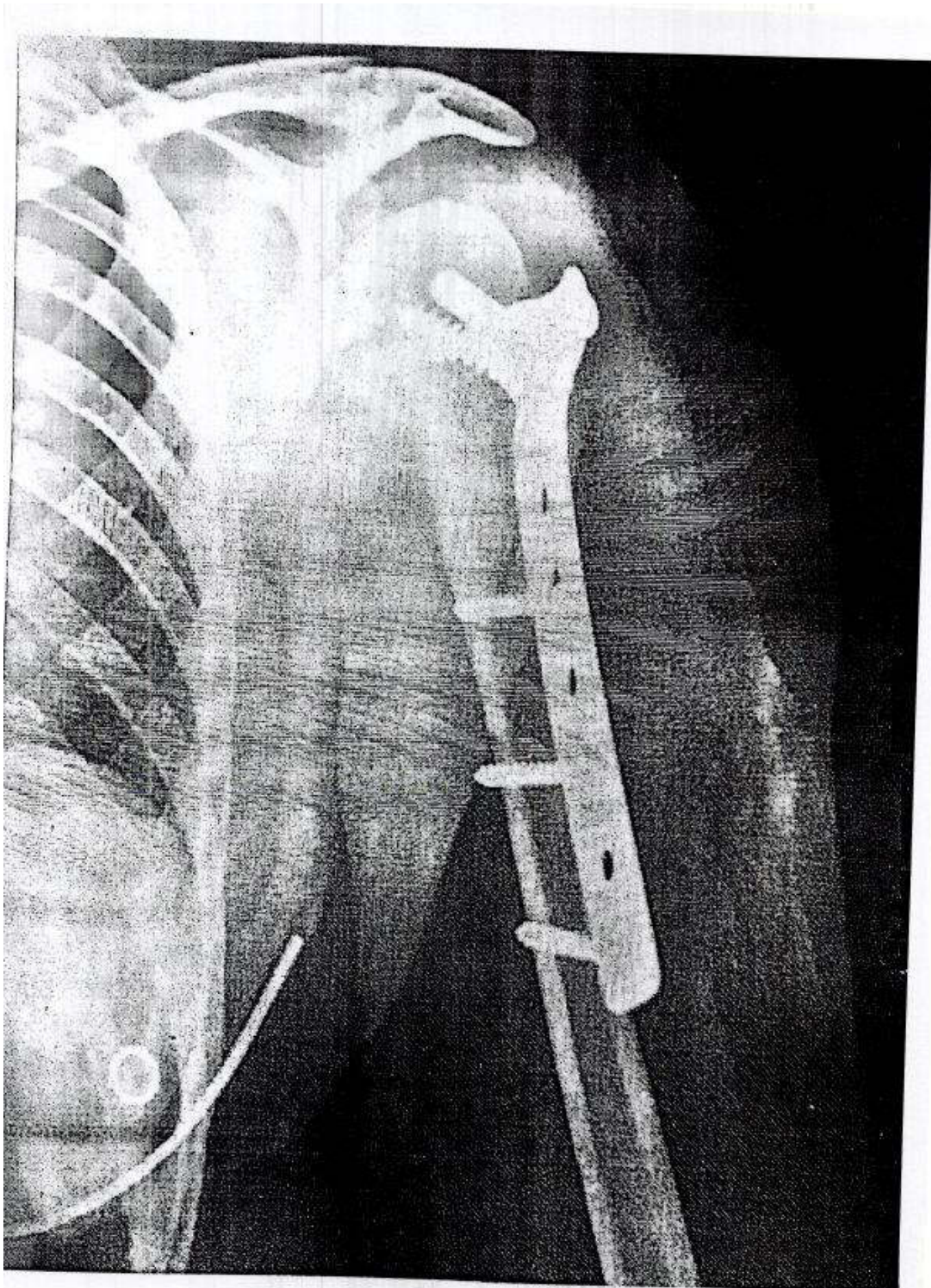
Porto, 21 de fevereiro de 2019

Dr. Suelio Moreira Torres SpA
Ortopedia e Traumatologia
CRM 119



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



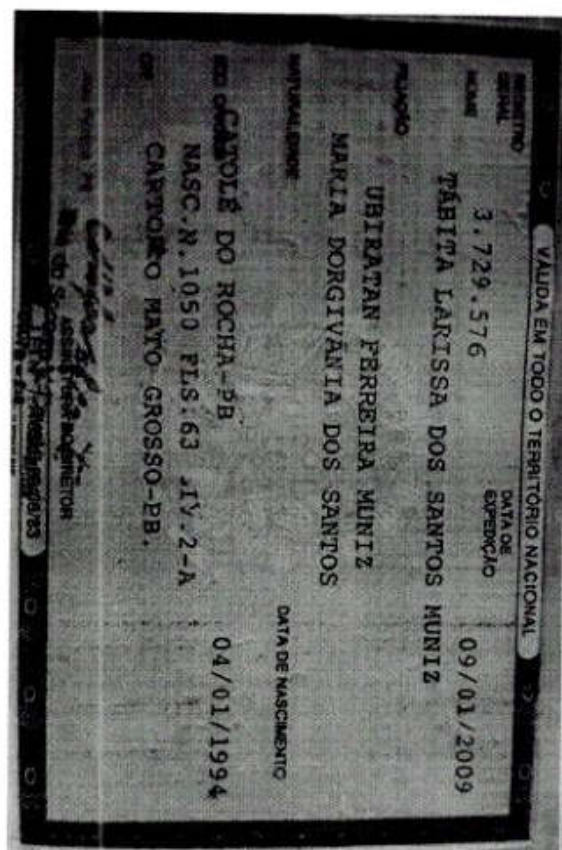


25 MAR. 2019

PROTOCOLO Scanned by CamScanner
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 8923460522
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 86668000-4 20111300001034-3 EXERCÍCIO 2010

NOME WILSON ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ 01837309418

PLACA MOQ7809/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2KC08106R820898

PAS/MOTOCICLE/NAC APLIC

GASOLINA

DATA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2005 2006

CAP/ROT/CL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

VENO/COTAS

IPVA PAGO EM 15/03/2011

PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 04/10/2010

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CATÓLE DO DOCUMENTO

40886

DATA 20/04/2011

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CONTRA O RISCO DE ATACAR A PESSOA TRANSPORTADA COM VAGÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 8923460522 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO WILSON ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ 01837309418

PLACA MOQ7809/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 8923460522

EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 20/04/2011

NOME/ENDEREÇO WILSON ALVES DA SILVA

VIA 1 CPF/CNPJ 01837309418

PLACA MOQ7809/PB

COD. RENAVAM 866680004 GAS MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2005 CAT. SW 9 CHASSI 9C2KC08106R820898

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO

PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
31054-0851047-20110420

0102-2010

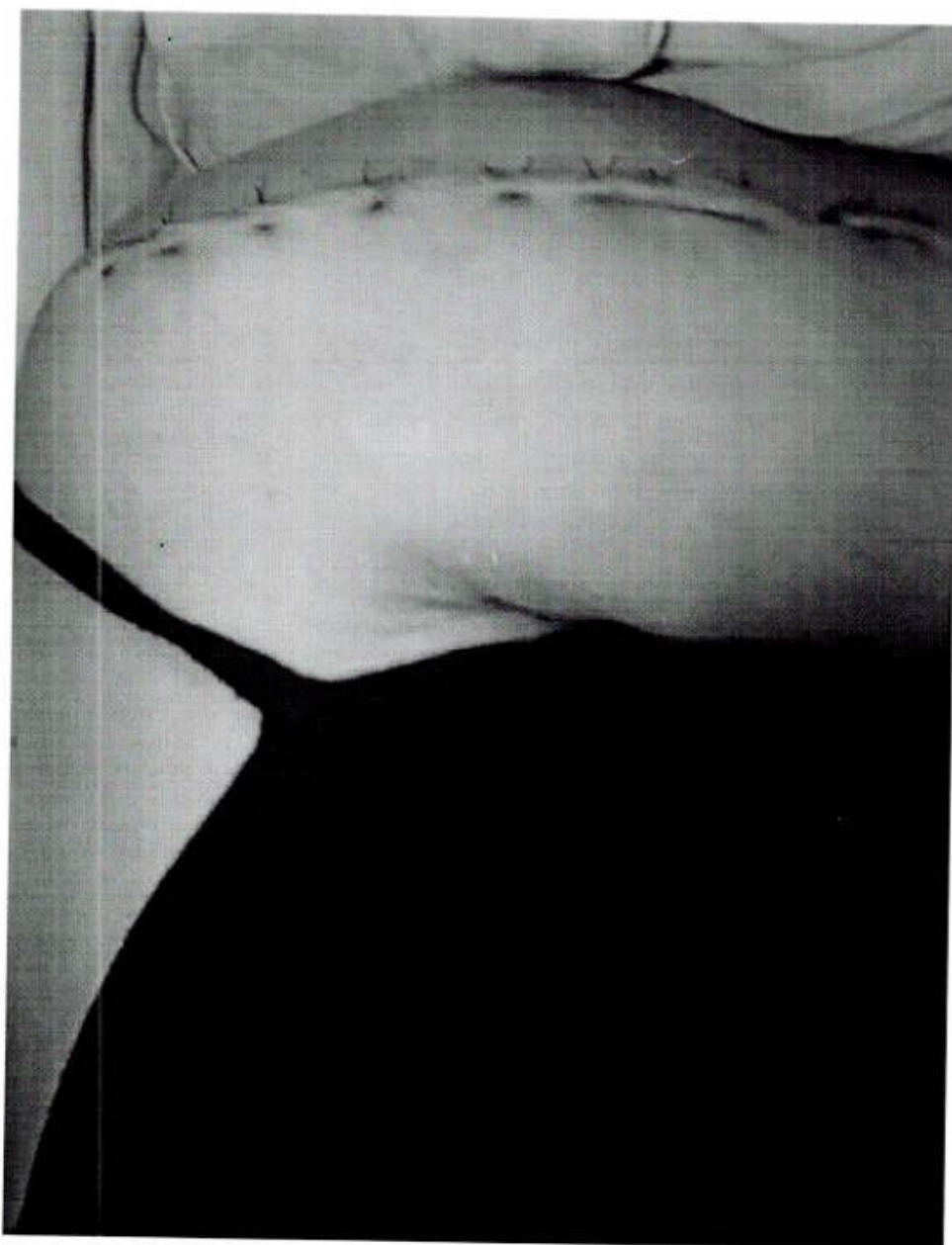
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. DA O. PESSOA

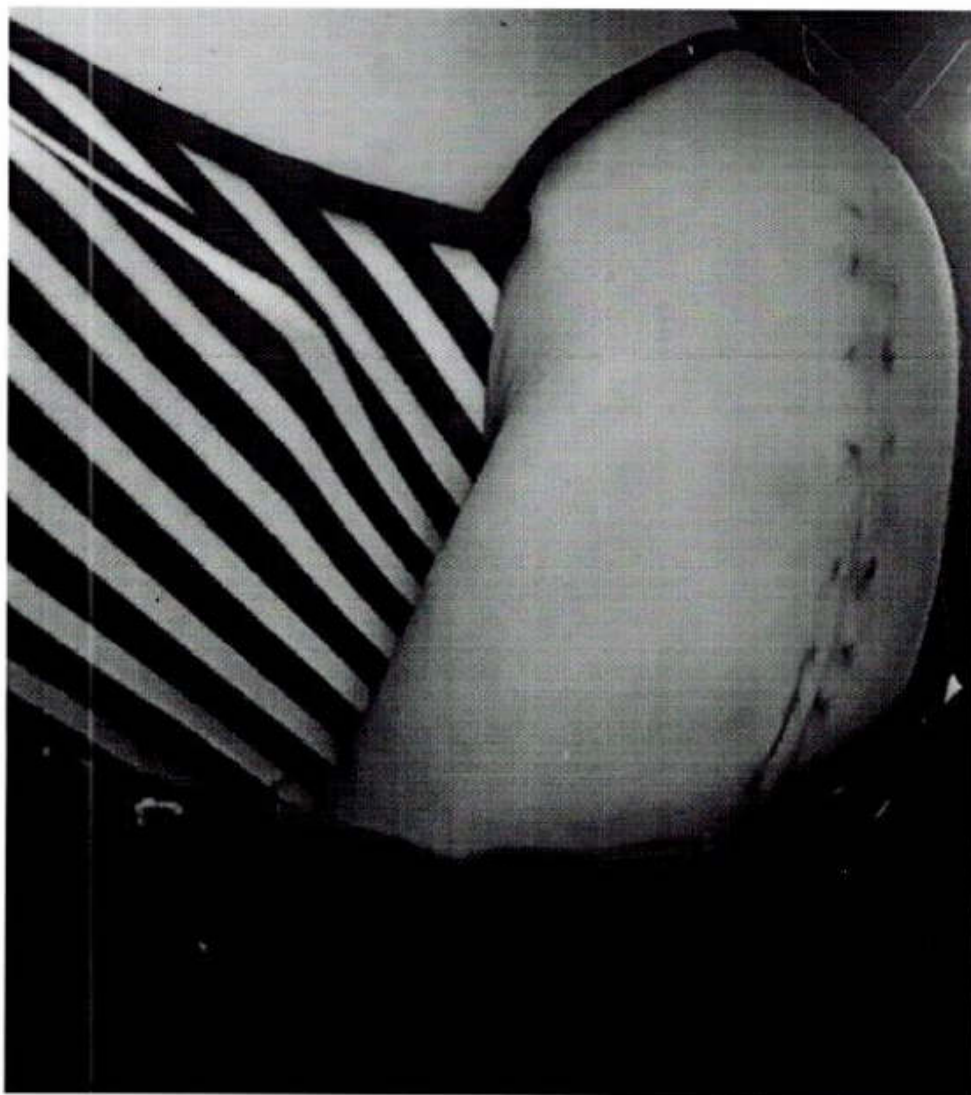




COMPREV PREVIDÊNCIAS S.A.
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
1000000034639427







Eu, Tábata Larissa dos Santos Muniz, Brasileira,
Solteira, Agricultora, portadora da Identidade de
nº: 3.729.576 - SSDS/PB, expedida em 09/01/2009,
e CPF de nº: 099.117.274-40, residente na rua
Agostinho Tomaz, 39 - Natalaul Maia, Catole do
Rocha / PB, CEP: 58884-000. Venho através desta
informar a minha insatisfação, pois, sou um
acidente de trânsito no dia 03/10/2018,
onde fui diagnosticada com uma fratura no
umero proximal esquerdo, que fui submetida a
procedimentos cirurgicos, e hoje me encontro com
sequelas devido a esse acidente, no qual perdi
60% do movimento e força do meu braço. No entanto
como uma cidadã que cumprio com meus direitos e
deveres peço incansavelmente, que meu processo venha
ser avaliado com atenção, pois preciso ser avaliada
por um médico da seguradora, para que eu
possa informar como eu me encontro.

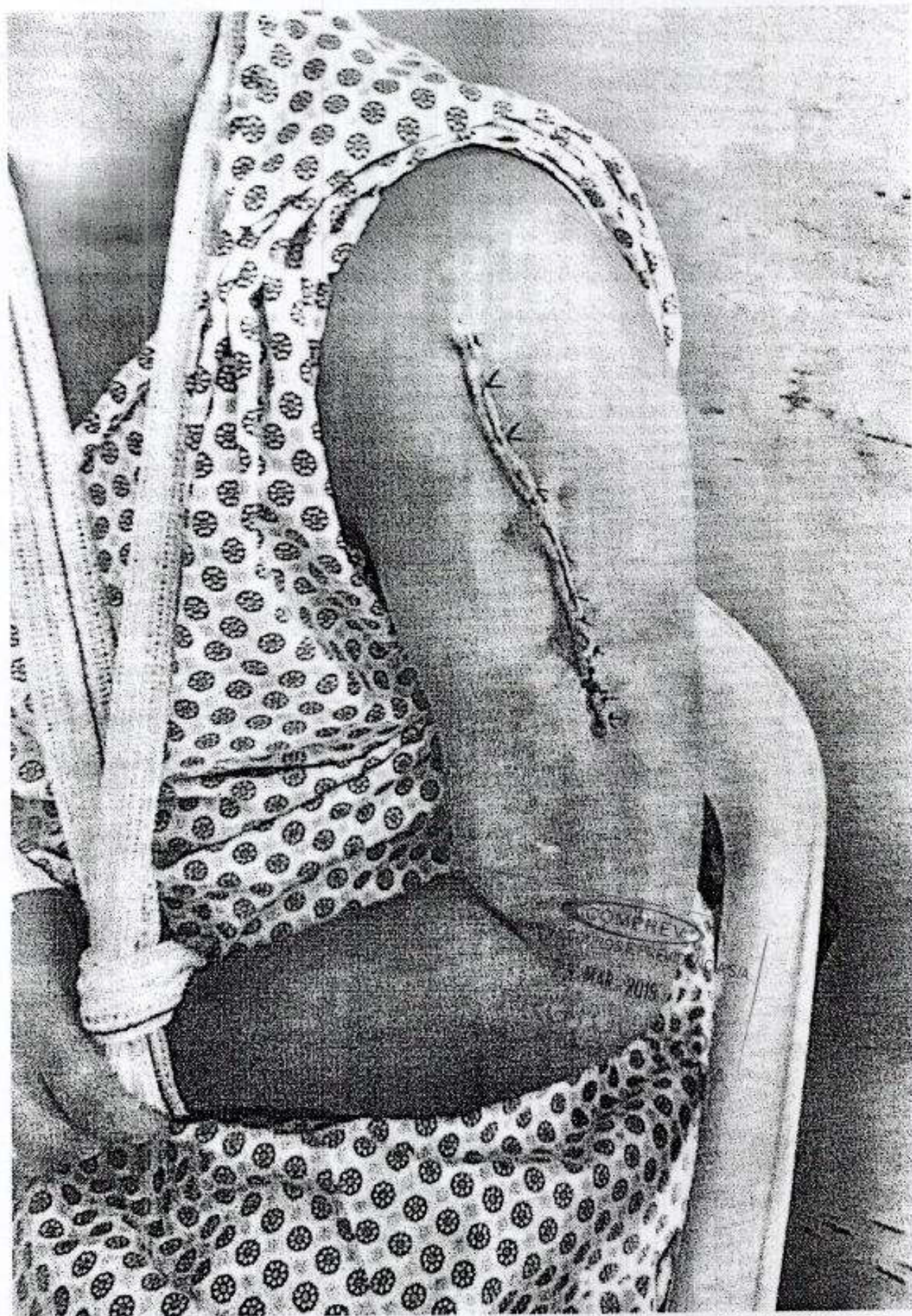


Catole do Rocha - PB; 21/fevereiro/2019

Tábata Larissa dos Santos Muniz

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM T 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 11/10/2018. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do ombro devido à limitação da mobilidade articular, atrofia muscular e redução da força muscular. Vítima já indenizada em 50% de 25%, portanto, PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ 12-14

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

@1 E 2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ 12-14

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Tábata Larissa dos Santos Muniz
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Agricultora
Identidade: 3.729.576 CPF: 099.117.279-40
Endereço: Rua Agostinho Tamez 39 Natalina Maria Centro - Patos
PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP:
58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Tábata Larissa dos Santos Muniz, ocorrido no
03/10/2018, de Colheita Invalidez

Patos PB 17 de Junho 2019.

Local e data

Tábata Larissa dos Santos Muniz

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032540/19

Número do Sinistro: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF: 099.117.274-40

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 03/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

CPF: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032540/19

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF: 099.117.274-40

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 03/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

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

TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ : 099.117.274-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/01/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

Data do cadastramento: 29/01/2019

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



**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: **3190075910**

Nome do(a) Examinado(a): **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA AGOSTINHO TOMAZ, 39, CASA - NATANAEL MAIA - Catolé do Rocha - PB - CEP 58884-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3729576**

Data e local do acidente: [**03/10/2018**] **CATOLÉ DO ROCHA PB**

Data e local do exame: [**12/04/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

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

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM T 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 11/10/2018. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45° DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15° DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15° ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

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):

OMBRO 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 - CRM: 8085 - PB



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 472772B5573383B3



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 6B9B51905E821B7A

