
Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001156-8

Conta: 000010027218-5

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



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200102912

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 164553494-40 4 - Nome completo da vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: CICERO AMANCIO DE ARAUJO 6 - CPF: 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 9 - Número: 39 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: VILA FELIZ 12 - Cidade: TEJSEIRA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 98735-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1156 8 CONTA: 97918 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tejseira - RS, 04 de maio 2020

Francisco Amancio de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Cicero Amancio de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Germano Cassio Nova Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 14.15.43
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 27.218-3 VAR: 51
CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
VALOR: 0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 164.553.494-40 4 - Nome completo da vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: CICERO AMANCIO DE ARAUJO 6 - CPF: 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVA BARROS 9 - Número: 39 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: VILA FELIZ 12 - Cidade: TEJSEIRA 13 - Estado: 14 - CEP: 58735-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ 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: 1156 8 CONTA: 27218 3 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou rascunho (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tejseira - PB, 04 de março 2020

Francisco Amancio de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Cicero Amancio de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leonar Cassio Nova Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

27/02/2020

AUTO-ATENDIMENTO

14.15.43

115601156

007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1156-8

CONTA:

13.809-6

CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA:

27.218-3 VAR: 51

CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

VALOR:

0,01

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.



Rua Cônego Serrão, Bairro Centro, Teixeira/PB, Tel.: (83) 3472-2931.

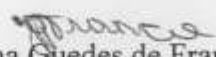
CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que encontra registrada nesta delegacia a Ocorrência nº. 082/2020 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e vinte, nesta cidade de Teixeira PB, presente o Bel. JOÁIS MARQUES DE BARROS, e comigo escrivão do seu cargo ao final assinado. Aí Compareceu FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO, **brasileira, nascida aos 06/09/1974, natural de Malta/PB, filha de José Silvino de Araujo e Maria de Fatima Amancio de Araujo, residente na rua Francisco da Silveira Barros, 39 – Vila Feliz – Teixeira/PB**, para prestar a seguinte ocorrência; QUE a noticiante informa que no dia 27/10/2019 por volta das 00:00 horas, seu filho CÍCERO AMANCIO DE ARAUJO, de 17 anos, estava conduzindo uma moto HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2007, MODELO 2008, DE COR AMARELA, DE PLACA MOV-1217/PB, CHASSI DE Nº 9C2KD03308R014996, quando nas proximidades do Povoado de Gancho, na PB 238, sentido Desterro, quando uma outra motocicleta que trafegava em sentido contrario colidiu frontalmente; QUE o filho da noticiante caiu ao chão e fraturou as pernas; QUE o mesmo foi socorrido para o Hospital Regional de Patos. E nada mais foi registrado. **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 C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 anos

Teixeira/PB, 14 de fevereiro de 2020.

Noticiante:

Francisca Amancio de Araujo


Janduilma Guedes de França
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 164553494-40 4 - Nome completo da vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

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

5 - Nome completo: CICERO AMANCIO DE ARAUJO 6 - CPF: 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 9 - Número: 39 10 - Complemento: CASA 11 - Bairro: VILA FELIZ 12 - Cidade: TEJSEIRA 13 - Estado: RS 14 - CEP: 98735-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1156 8 CONTA: 97918 3 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tejseira - RS, 04 de março 2020

Francisco Amancio de Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Cicero Amancio de Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

German Cassio Nova Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraia Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

NASCIMENTO Nº 25.385

CERTIFICO que, às fls. 87 do livro Nº 4-25 de Registro de Nascimento foi
feito o assento de CÍCERO AMANCIO DE ARAUJO. :x

nascidº aos vinte (20) de maio de Dois Mil e Dois
(2002) às :x:x: horas e 42 minutos em Hospital
Sancho Leite - Teixeira-PB.

Sexo masculino

filhº de :x

natural de :x

e de Dona Francisca Amancio de Araujo profissão :x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x

natural de Maíta-PB profissão agricultora

são avós paternos :x

e Dona :x

e avós maternos José Silvino de Araujo

e Dona Maria de Fátima Amancio de Araujo.

Foi declarante a genitora

e serviram de testemunhas as constantes do termo.

Observações: O presente foi feito em 18.06.2002, conforme Lei
em vigor.

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Soraia Maria Teles Guedes Rocha
OFICIALA SUBSTITUTA
João Kennedy Félix Rocha
ESCREVENTE DESIGNADO
TEIXEIRA - PB

Teixeira-PB

18 de Junho de 2002

Soraia Maria Teles Guedes Rocha
OFICIAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200102912 **Cidade:** Teixeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P2,3,6,7,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 30/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01156-8

CONTA: 000010027218-5

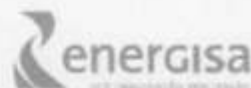
Nr. da Autenticação 387A8938E62392CD

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia de conta.

Bolero para sempre pagamento da rede fiscalizadora de energia elétrica Nº 036.133.497



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO
RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/878188-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	20/12/2019	92	30/12/2019	R\$ 57,47

Acesse: www.energisa.com.br

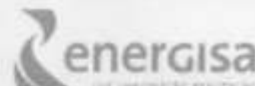
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/12/2019				
Pagador: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO CNPJ/CPF: 056.931.294-97				
RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS 39 - VL FELIZ - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010028925	000878188201912	30/12/2019	R\$ 57,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Índice para simples pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica - Nº 039.215.319



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0901-40 - Insc. Est. 16.915.623-6

DADOS DO CLIENTE

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
RUA JOSE GERONIMO S/N 1º ANDAR
TEIXEIRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713525-2

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

18/02/2020

CONSUMO

205

VENCIMENTO

06/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 190,02

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 12327.057175 2 81860000019002

Pagador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA CNPJ/CPF: 067.845.354-30

RUA JOSE GERONIMO S/N 1º ANDAR - CENTRO - TEIXEIRA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012327057	001713525202002	06/03/2020	R\$ 190,02	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0600 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Leonar Cassio Maia Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354, 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cicero Amancio de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.553.494, 40

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Cicero Amancio de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 164.553.494, 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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 Bol. Geronimo</u>	Número: <u>23</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tejedor</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>Recusa</u>	CEP: <u>58735-000</u>	Tel. (DDD): <u>31</u> 99958-2737

Local e Data:

Tejedor - PB, 04 de Março 2020

Leonar Cassio Maia Oliveira
Assinatura do Declarante



Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho

CRM-PB - 7381
CRM-PE - 18836

- Doenças da Coluna
- Artrose
- Osteoporose
- Ortopedia Pediátrica
- Ortopedia Esportiva
- Cirurgia Ortopédica
- Trauma
- Fraturas
- Patologias do Joelho / Quadril / Membros
- Exames/Atestados Adissionais, Periódicos e Demissionais (ASO)

LAUDO MÉDICO

Paciente **CÍCERO AMÂNCIO DE ARAUJO**, 17 anos, agricultor, com história de queda de moto e fratura de fêmur distal esquerdo há aproximadamente 07 meses(27/10/2019), tendo na época realizado 02 cirurgias sendo a primeira para colocação de fixador externo e a segunda e última para colocação de placa e parafusos em fêmur distal esquerdo.

Ao exame físico: Deambula com claudicação . Apresenta rigidez articular e diminuição da flexão total de joelho esquerdo em torno de 90%. Apresenta frouxidão ligamentar médio-lateral em mesmo joelho esquerdo.

No momento paciente se encontra em tratamento medicamentoso, fisioterápico e em acompanhamento ambulatorial .

Paciente portanto com **sequela permanente** e com dificuldades permanentes de realização de suas atividades que necessite de força motora e mobilidade de membro inferior esquerdo, necessitando de afastamento de suas atividades laborativas por **tempo indeterminado** para cuidados com a saúde e reabilitação funcional .

Hipótese diagnóstica:

- Lesão Ligamentar de Joelho Esquerdo CID: S83.7
- Sequela de Fratura de Fêmur Distal Esquerdo CID: T93.1
- Osteoartrose Pós Traumática CID: M19.1
- Rigidez Articular de Joelho Esquerdo CID: M25.6

Encaminho a perícia médica para avaliação.

TEIXEIRA-PB, 09/05/2020.

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7381 / CRM-PE 18836

Policlínica Clímed - Rua Tenente Manoel de Oliveira Lira, 50, Centro (saída para Patos) - TEIXEIRA-PB | 83 3472.2901 / 99635.7757

Lab Vila (Ortovia) - PATOS-PB Total Saúde - JURU-PB Total Saúde (Ultramed) - TAVARES-PB Total Saúde - PRINCESA ISABEL-PB
83 99906.5028 83 99995.7142 83 99660.1551 83 3457.2662 / 99969.0581

Centro Hospitalar de Piancó-PB (Dr. Willama) Centro Integrado de Saúde, Ibiara-PB Centro Integrado de Saúde, Conceição-PB Espaço Sílvia Fernandes Paulista
83 3452.2261 / 9 9144-7215 Dr. José Lacerda 83 98869-1863 Dr. José Lacerda 83 99612-3216 83 9 9628-1372

Clínica de Saúde - ABOCADO DA INGATEIRA - PE Clínica Dr. Roberto Mathias - TABIRA - PE Clínica Soares Machado - Santa Inês de Enele - PE C. Clínico Júnior Prata - ITAPETIM-PB

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	73377	HORA	02:28	PRONTUÁRIO	38095
DATA	27/10/2019	OPERADOR	GKELLY		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA				
PACIENTE	CICERO AMANCIO DE ARAUJO	IDADE	17a 5m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO				
FILIAÇÃO II	JOSE SUELIO ALVES DE OLIVEIRA				
CIDADE	TEIXEIRA	PB	58735000		
DERECO	RUA PROJETADA				
BARRIO	CENTRO				
NATURALIDADE	PATOS	CELULAR			
TELEFONE					
C.N.S.		IDENTIDADE			
C.P.F.		REG. NAC.			
NASCIMENTO	20/05/2002	COR		PARDO	
EST.CIVIL	SEPARADO	PROFISSÃO		ESTUDANTE	

RESPONSÁVEL FRANCISCA AMANCIO DE ARAU Ass. Resp./Paciente

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

*Prontuário em nome de Cicero de Araujo
Apresentando em nome de Cicero de Araujo*

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

Exame em nome de Cicero de Araujo

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Exame em nome de Cicero de Araujo* CID *S72.9*

DADOS DA SAÍDA

Data *23/11/19* Hora *7* H *0* Min

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

*João H. Siqueira Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417*

Nome do Paciente: <u>Wilson Azevedo</u>			Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <u>19/11/19</u>	Enf.:	Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. João</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Rafael</u>	Instrumentador:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Anestesia: <u>Dr. Fabiano</u>	
Tipo de Anestesia: <u>Rach e</u>		Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Cirurgia: <u>Furto de fêmur distal</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista: <u>fr. amigíneo</u>			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Plata e 2x 12

2) Aspir + 2x 12 + 1x 12

3) Pinos 6x6 10x10

4) Placa + fixar osso e placa

5) Blo. fusão com 2x 12

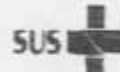
6) 2x 12 + 1x 12

RELATÓRIO DE CIRURGIA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Data da Cirurgia:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Cirurgia:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Abertura da pele com bisturi.
2. Dissecção da pele e exposição da ferida.
3. Lavagem da ferida com solução antisséptica.
4. Fenda de acesso para a ferida.
5. Lavagem da ferida com solução antisséptica.
6. Fechamento da ferida com pontos de sutura.
7. Curativo da ferida.

Assinado por: [Assinatura]
Data: 10/07/2010
Cidade: João Pessoa - PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

6-2012 La nômio de Anônimo

QT.: LEITO: CONVÊNIO: SUS IDADE: 17 anos REGISTRO: 38035

CIRURGIÃO: Dr. João + Dr. M. Serrão

ANESTESIA: Dr. Tavió

INSTRUMENTADORA: DATA: 12-11-13 INÍCIO: 15:20 h FIM: 17:05 h



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
1	TX. Capnógrafo	1	Sealp 6.4 0.5/
1	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi no 24
1	TX. Monitor Córdio-Respirador	1	Sonda Foley
1	TX. de Laser	1	Coletor de Urina
1	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
1	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
1	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocaín	1	Atadura de Crepom 10 cm
1	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
1	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10 cm
1	Quelicín	1	Sonda Uretral
1	Pavulon	1	Sonda Nesogástrica
1	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
1	Fetanil 0,05 mg	1	Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%	1	Dreno Sucção
1	Inoval	1	Dreno de Tórax
1	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
1	Etodimide	1	Xilocaína Gel
1	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
1	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão Hidrófilo
1	Narcan	1	Algodão Ortopédico
1	Forane	1	Cidex
1	Sufenta	1	Vaselina Estéril
1	Diazepan	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml	1	Pastilha de Formol
1	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Atropina	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil	1	Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona	1	Cat-gut Simples 0 s/ agulha
1	Esparin 5000 VI	1	Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil	1	Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
1	Amicacina 500 mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável	1	Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocate 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
1	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
1	Prolene 0 c/ agulha	1	Nylon 2-0

REF: 6061.10.A

SISTEMAS DE FIXAÇÃO ORTOMÉDICOS EXTERNOS
FIXADOR EXTERNO ESTÁTICO
FIXO MAXI DUPLO
STATIC EXTERNAL PLATE - DOUBLE FIXO MAXI
FIXADOR EXTERNO ESTÁTICO - FIXO MAXI DUPLO
SISTEMA DE FIXAÇÃO EXTERNA ESTÁTICO
Tamanho / Size: Único

Registro ANVISA nº
10345000087
Data de Emissão
01/10/2018
2023-10
004324228
PROIBIDO
REPROCESSAR

PACIENTE: Ulcero Amarelo de nariz

CT: 303 IDADE: 57a REGISTRO: 38095

LEITO: 303 CIRURGIÃO: Dr. Maurício

DRURGIA: Trat. Ulcero de nariz ANESTESISTA: Dr. TAURO

ANESTESIA: Genl INÍCIO: 03:13 FIM: 04:40

DATA: 27/10/19

Observações: Mark
sem Cond. Marc

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sang
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luva Est. p/ Procedime
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Propofol <u>atracúrio</u>		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparadrapo
	Etodimidate		Xilocaina Gel
	Propofol <u>Propofol</u>	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta <u>SF 0,9%</u>		Vaselina Estéril
	Diazepan		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		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
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Clonaz <u>De Xilmetazone</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 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
	Prolene 0 c/ agulha		
			<u>Nylon 2-0</u>

PATOS		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
Cicero Amancio de Araújo				Idade	Sexo
27-10-19	120 x 80 / 96	Respiração <i>sup</i>	Temperatura	Peso	Altura
	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Úrnia	Outros

VER PRONTUÁRIO

Alma		Bronquite	
ECG		ECG	
Dentes		Pescoco	
Apar. Urinário		Apar. Urinário	
CONSCIENTE	Atrasados	Corticoides	Alergia
Frot exposta fur (E)		Risco	
Aplicada de		Idade	

INDUÇÃO	
Setel	Excit. Tossu
Laringe Espasmo	Larito
Náuseas	Vômitos
Outros	
Atropina 1mg Prostigmine 2mg	
Cefazolina 2g Dexamet. 8mg	
Plasil 10 mg Tenoxicam 20mg	
Dipirona 2g Ondasetrona 8mg	
Alimentação Setel. Sim Não	
Não, porque?	
DESPERTAR	
Reflexos na SO	
Obstr.	CO2 Excit.
Náuseas	Vômitos
Outros	
Com cânula	
pelo o leite sim não	
CONDIÇÕES	

Propofol 100 mg + Succinilcolina 20 mg + fentanyl 100 mcg + Atracurio/Rocuronio 25 mg
Anest. Geral: Pré-oxig. Ind. venosa c/ 10Tc/TOT nº 8 -Manut. Inalatória c/ O2 + Sema VMC em VCV
Ho arq (frags ext) fnt fur (E)
Dr. Mourão

DR. TÁVIO LEAL

1-9

PLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL
SIR LAMOUR CAPEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



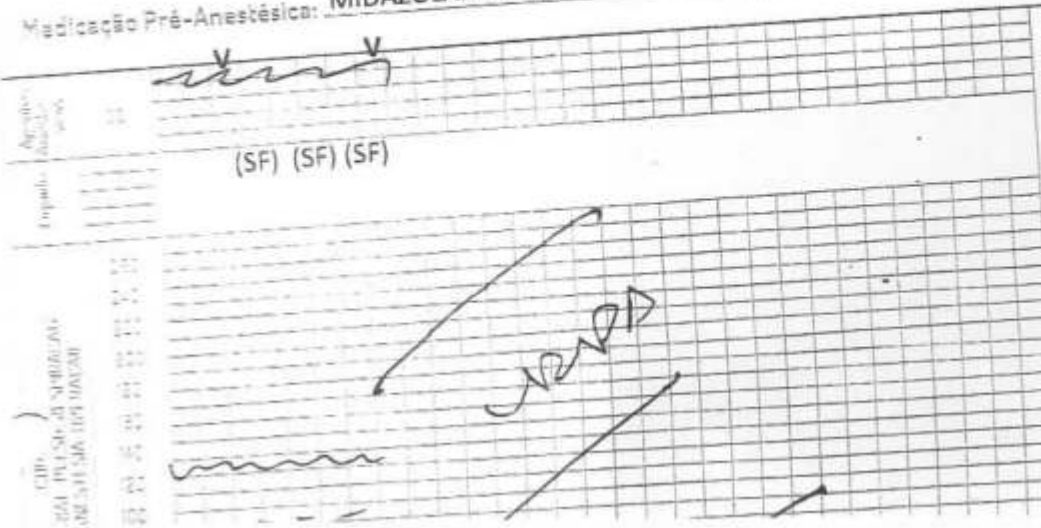
FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____
Data: 19 / 11 / 19
Leitor: _____ Nº Prontuário: _____

Nome: Cícero Amancio de Araújo
Sexo: ☒ Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____
Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Respiração: _____
Temperatura: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____
Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

VER PRONTUÁRIO

Asma: _____ Bronquite: _____
Aparelho Respiratório: _____ Eletrocardiograma: _____
Aparelho Circulatório: _____ Ap. Urinário: _____
Aparelho Digestivo: JEIUM OK Dentes: _____ Pecoço: _____ Hipotensores: _____
Estado Mental: CONSCIENTE Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Risco: _____
Diagnóstico Pré Operatório: fnt leucemia Estado Físico: _____
Anestesia Anteriores: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____
Medicação Pré-Anestésica: MIDAZOLAM 5 Mg



INDUÇÃO
Satisf _____ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros: Cefazolina 2g Dexamet. 8mg
Efortil 10mg Tenoxicam 20mg
MANUTENÇÃO
Anestesia: Diprion 2g Ondasetron 8mg
Não, porque? _____
DESPERTAR
Reflexos na SO _____

CARTA DE ESCLARECIMENTO

A Diretora Administrativa
Isabella Cristina Oliveira dos Santos

Venho informar por meio deste que a solicitação de compra do material OPME ortopédico, a placa bloqueada para fêmur distal direito conforme solicitada para o paciente Cicero Amâncio de Araújo não foi utilizado pois durante o ato cirúrgico o material solicitado se fez necessário para ser utilizado no decorrer do procedimento foi para a perna esquerda.

O material utilizado em Cícero Amâncio foi de outro paciente que não houve necessidade da placa bloqueada.

Sem outro particular, nos colocamos a inteira disposição para a resolução de qualquer dúvida que julgar pertinente.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.747

João Herbert Suassuna Laureano
COORDENADOR DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHRDJC



ortopedia e traumatologia

Materiais Medico Hospitalar EIRELI

6776

PEDIDO DE VENDAS

Nº

☐ Caixa Pronta

☐ Caixa Fixa

NF Nº

Prontuário

Vendedor

Data

Convênio

Paciente

Medico

Procedimento

Instrumentador

QUANT.

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

COD

V. UNIT.

V. TOTAL

Fêmur Distal (E)

0702030821

5 Furos

4.5x46

4.5x42

4.9x30

4.9x26

4.9x38

4.9x40

4.9x46

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

4.9x50

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromusltda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

** Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 73377
DATA 27/10/2019 HORA 02:28
MÉDICO FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO 38095
OPERADOR GKELLY

PACIENTE CICERO AMANCIO DE ARAUJO

IDADE 17a 5m

RESUMO CLÍNICO:

Vit. ps. surgindo 2º lesão

DIAGNÓSTICO:

CID-10: F43.1 Fobia social (C) (Complexo)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Psic. e Psicofar.

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port. Rel. 15/10/2019 com 10 anos

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Discontinuação de med.

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

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 23 DE 11 DE 2019.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Severo Imameo

De Onco

Enfermaria 16

Para Cardiologia

Leito 06

Verificar se consta testado (com os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data 30/10/19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente sem sinais Cardiológicos
Nas Auscultações de longo momento
- PA = 120 x 80 mmHg
ECG → Normal
Risco Clínico = Baixo Risco

Klauber M. de França
Cardiologia/Geriatria
CRM 4890

Data 30/10/19

1606

EXAME.: HEMO N°REQUIS.: 22305 EMISSÃO.: 31/10/2019
 PACIENTE: DIOGERO AMANCIO DE ARAUJO SEXO: M IDADE....: 17
 SETOR.: CLINICA CIRURGICA MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS
 SAU

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
 Método.: NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMACIAS.....: 2.85 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
 MASCULINO 4,5 a 5,9

milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 8.2 g/dL FEMININO 12 a 16
 MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 28.7 % FEMININO 35 a 46
 MASCULINO 41 a 53

VCV.....: 93,7 fL NORMAL 80 a 100

HCM.....: 28,8 pg NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 30,7 g/dL NORMAL 31 a 55

RDW.....: 14.8 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 7.700 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5

SEGMENTADOS.....: 67 % 5159 /mm³ NORMAL 35 a 65

EOSINÓFILOS.....: 01 % 0077 /mm³ NORMAL 1 a 4

BASÓFILOS.....: 01 % 0077 /mm³ NORMAL 0 a 1

LINFÓCITOS.....: 24 % 1848 /mm³ NORMAL 25 a 45

MONÓCITOS.....: 07 % 0539 /mm³ NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 259.000 mil/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

1606

PRONT...: 38095
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

NºREQUIS.: 22137

EMIÇÃO.: 29/10/2019

SEXO: M IDADE....: 17

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

Método...:

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 2.57 milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 7.5 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 20.1 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 78,2 fL

NORMAL 80 a 100

HCM.....: 29,2 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 37,3 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 10.2 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 6.200

/mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 00 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 5 NORMAL 0 a 9000

SEGMENTADOS.....: 69 % 4278 /mm³ NORMAL

35 a 65 NORMAL 1800 a 8500

EOSINÓFILOS.....: 1 % 0062 /mm³ NORMAL

1 a 4 NORMAL 35 a 600

BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 1 NORMAL 0 a 100

LINFÓCITOS.....: 23 % 1426 /mm³ NORMAL

25 a 45 NORMAL 875 a 4500

MONÓCITOS.....: 7 % 0434 /mm³ NORMAL

2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 139.000 mL/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM: 9011

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137

EMIÇÃO.: 29/10/2019

PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

SEXO: M

IDADE....: 17

SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

COAGULOGRAMA

Material: SORO

Método...: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 13 seg.

T.P. Controle.....: 13 seg.

Atividade.....: 100 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1.00

Valores de Referência:

INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.....: 39 seg.

T.T.P.A. Controle.....: seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Westley Michael A. Santos
Biomédico
CRRM: 9011

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22137
PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

EMIÇÃO.: 29/10/2019
SEXO: M IDADE....: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

GLICOSE

Material.: SORO

Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO.....70

mg/dL

PRONT...: 38095 N°REQUIS.: 22940

EMIÇÃO.: 07/11/2019

PACIENTE: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

SEXO: M

IDADE....: 17

SETOR...: CLINICA CIRURGICA
SAN

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método...:

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 3.54 milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³

milhões/mm³

MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....: 10.0 g/dL

FEMININO 12 a 16

MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 32.7 %

FEMININO 35 a 46

MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 92,4 fL

NORMAL 80 a 100

HCM.....: 28,2 pg

NORMAL 26 a 34

CHCM.....: 30,6 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 15.1 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 12.000 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 01 % 0120 /mm³ NORMAL

0 a 5 NORMAL 0 a 9000

SEGMENTADOS.....: 73 % 8760 /mm³ NORMAL

35 a 65 NORMAL 1800 a 8500

EOSINÓFILOS.....: 02 % 0240 /mm³ NORMAL

1 a 4 NORMAL 35 a 600

BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 1 NORMAL 0 a 100

LINFÓCITOS.....: 20 % 2400 /mm³ NORMAL

25 a 45 NORMAL 875 a 4500

MONÓCITOS.....: 04 % 0480 /mm³ NORMAL

2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 601.000 mL/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM 9014

NºREQUIS.: 22853

EMIÇÃO.: 07/11/2019

PACIENTE: JESSE AMANCIO DE ARAUJO

SEXO: M

IDADE....: 17

SERVIÇO: CLÍNICA CIRURGICA

MÉDICO.: Dr(ª) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

DATA:

HEMOGRAMA COMPLETO

MATERIAL: SANGUE

MÉTODO:

NIHON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 3.01 milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9

HEMOGLOBINA.....

HEMOGLOBINA.....: 8.6 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 27.7 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

MCV.....: 92,0 fL

NORMAL 80 a 100

MCH.....: 28,6 pg

NORMAL 26 a 34

MCHC.....: 31,0 g/dL

NORMAL 31 a 55

RDW.....: 14.9 %

NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 8.900 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

MIÉLÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

METAMIÉLÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0

BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 5 NORMAL 0 a 9000

SEGMENTADOS.....: 68 % 6052 /mm³ NORMAL

35 a 65 NORMAL 1800 a 8500

EOSINÓFILOS.....: 03 % 0267 /mm³ NORMAL

1 a 4 NORMAL 35 a 600

BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL

0 a 1 NORMAL 0 a 100

LINFÓCITOS.....: 24 % 2136 /mm³ NORMAL

25 a 45 NORMAL 875 a 4500

MONÓCITOS.....: 05 % 0445 /mm³ NORMAL

2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 580.000 mL/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....:

SÉRIE BRANCA.....:

SÉRIE PLAQUETÁRIA.....:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Assley Michael A. Santos
Biomedico
CRM: 4011

NºREQUIS.: 22853
PACIENTE.: JANDUHY CARNEIRO
MÉDICO.: FRANCISCO AMANCIO DE ARAUJO
CLÍNICA.: CLÍNICA CIRURGICA

EMIÇÃO.: 07/11/2019
SEXO.: M IDADE.: 17
MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

UREIA

MATERIAL.: SORO
MÉTODO.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIA

1 DIA A 12 MESES: 2 A 34 mg/dL
1 A 13 ANOS: 8 A 36 mg/dL
NORMAIS DE 15 A 40 mg/dL

RESULTADO.: 27,00 mg/dL

CREATININA

MATERIAL.: SORO
MÉTODO.: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

2 SEMANAS A 1 ANO : 0,1 A 0,3

mg/dL

1 A 13 ANOS : 0,1 A 0,8 mg/dL
NORMAIS: DE 0,4 A 1,3 mg/dL

RESULTADO.: 1,08 mg/dL


Francisca Sonally Melo dos
07/11/2019

Nº REQUIS.: 21911
 NOME: JANDUHY CARNEIRO
 ENDEREÇO: RUA AMANCIO DE ARAUJO
 CIDADE: SALA VERMELHA
 ESTADO: PB

EMIÇÃO.: 27/10/2019
 SEXO: M IDADE.: 17
 MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAMA			
HEMOGLOBINA.....	4.03 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
		MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMATÓCRITO.....	37.4 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
TEM.	92,8 FL	NORMAL	80 a 100
ROM.	28,8 pg	NORMAL	26 a 34
CHCM.	31,0 g/dL	NORMAL	31 a 55
RDW.	13.7 %	NORMAL	11 a 15
LEUCOGRAMA			
LEUCÓCITOS.....	8.700 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIÉLOCITOS.....	000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIÉLOCITOS.....	000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIÉLOCITOS.....	000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	83 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	01 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	02 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	09 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	05 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTAGEM DE PLAQUETAS			
CONTAGEM DE PLAQUETAS...	206.000 mL/mm ³	NORMAL	150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
 SÉRIE BRANCA.....
 SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Marilene Almeida S. A. Pereira
 CRP 2 - 10056
 Biomedica Patologista

1606

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
ANDRÉ CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

REQUIS.: 23362
NÚMERO: 73377
NOME: FRANCISCO DE ARAUJO
SEXO: M
IDADE: 17

EMIÇÃO.: 13/11/2019

MÉDICO.: Dr(*) FRANCISCA SONALLY MELO DOS

HEMOGRAMA COMPLETO

TESTES	SANGUE	NIHON KOHDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
ERITROGRAMA			
HEMÁCIAS.....	4.14 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
		MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMÓCITO.....	11.9 g/dL	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	38.1 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
HEMÓCITO.....	92,0 fL	NORMAL	80 a 100
HEMÓCITO.....	28,7 pg	NORMAL	26 a 34
HEMÓCITO.....	31,2 g/dL	NORMAL	31 a 55
HEMÓCITO.....	15.5 %	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....	5.700	/mm ³	NORMAL 4.000 a 10.000
NEÚTRÓFILOS.....	000	/mm ³	NORMAL 0 a 0
LÓCITOS.....	000	/mm ³	NORMAL 0 a 0
MONÓCITOS.....	000	/mm ³	NORMAL 0 a 0
ESQUÍMO.....	000	/mm ³	NORMAL 0 a 5
PLAQUETAS.....	000	/mm ³	NORMAL 0 a 9000
PLAQUETAS.....	59	3363 /mm ³	NORMAL 35 a 65
PLAQUETAS.....	02	0114 /mm ³	NORMAL 1 a 4
PLAQUETAS.....	000	0000 /mm ³	NORMAL 0 a 1
PLAQUETAS.....	33	1881 /mm ³	NORMAL 25 a 45
PLAQUETAS.....	06	0342 /mm ³	NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS... 572.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

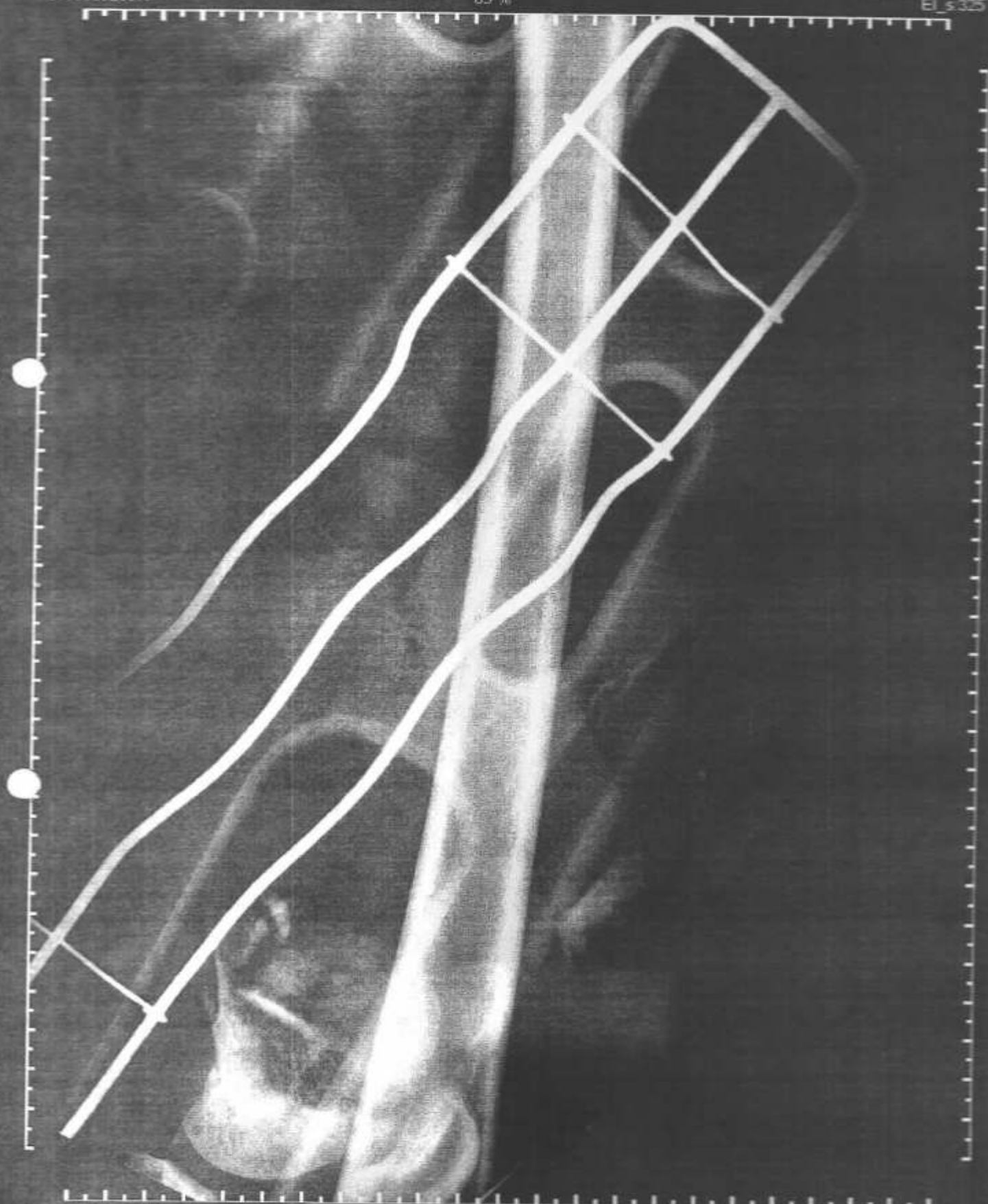
OBSERVAÇÃO

HEMÓCITO.....
HEMÓCITO.....
HEMÓCITO.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Wesley Michael A. Santos
Biomédico
CRM 9011





Hospital Regional de Potosí - RX

000000526077

55 %

EL_9326



Columna Cervical: Lateral

0000000030700

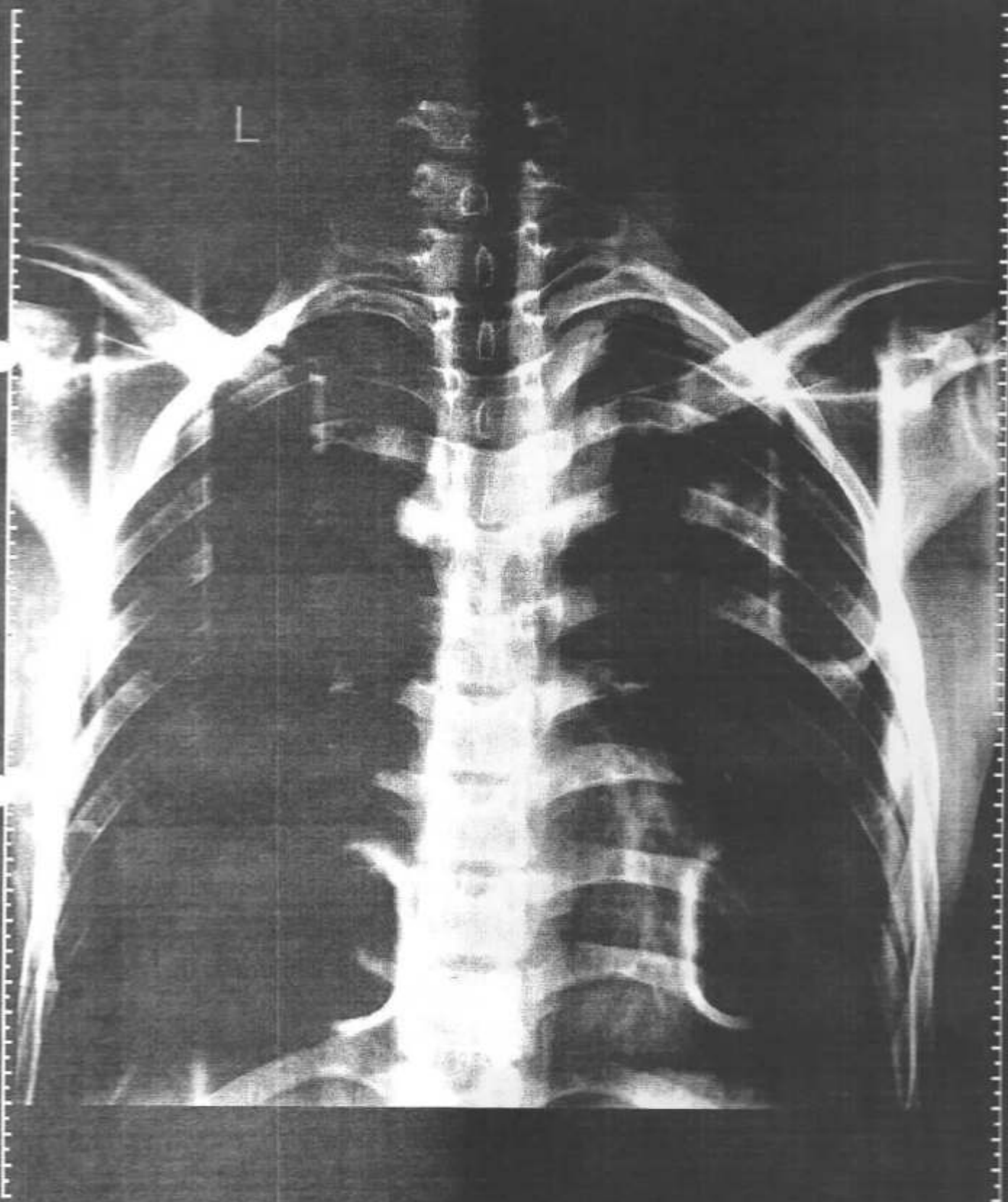
CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002

27/Oct/2019 2:21:04



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000030700
28/10/2019 15:07:38 62.5%

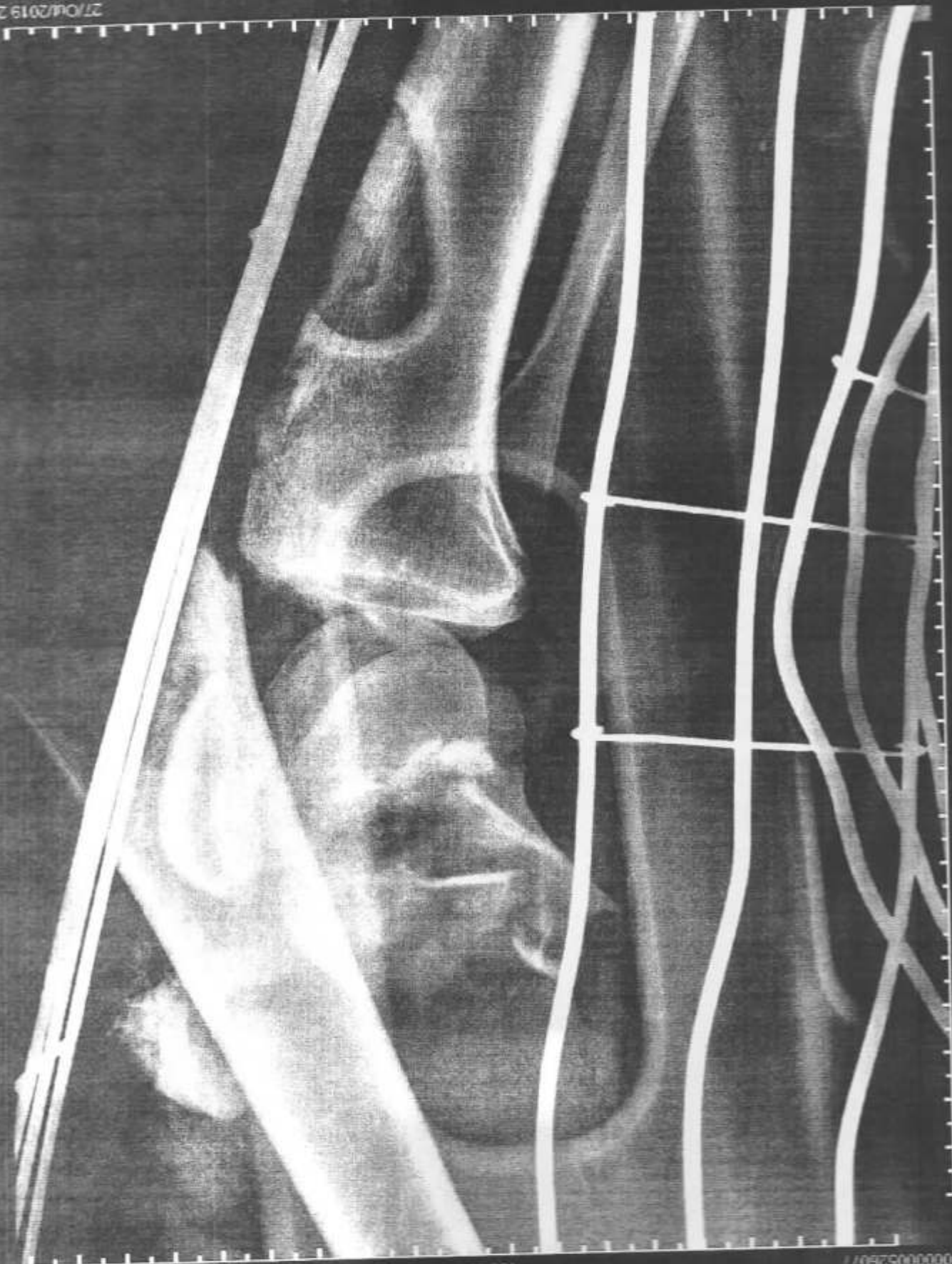


000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, 20/Mai/2002

Coluna Cervical, Lateral

27/04/2019 2:25:54



000000525077

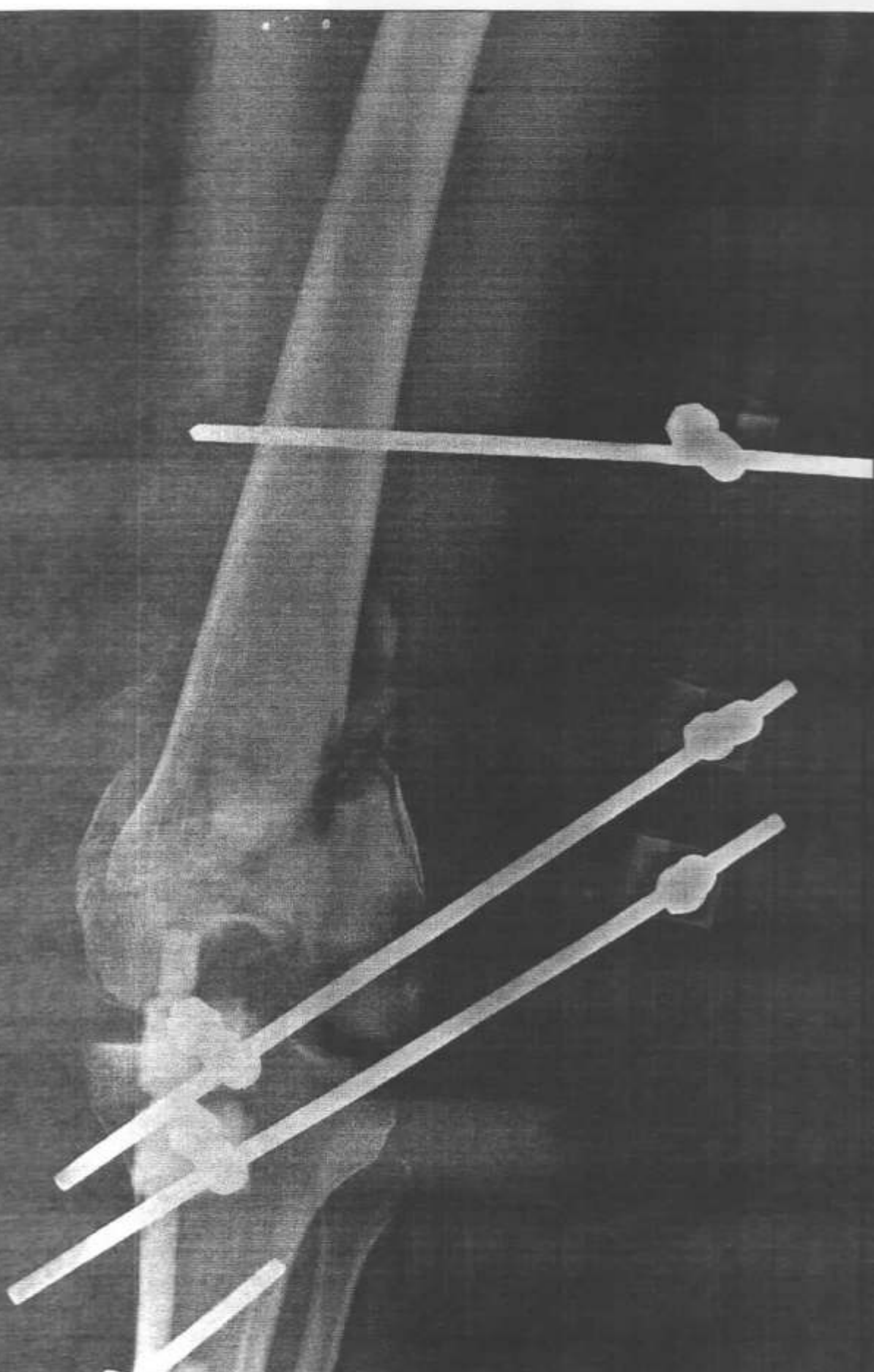
100 %

EI 5-325

Hospital Regional de Patos - RX



E

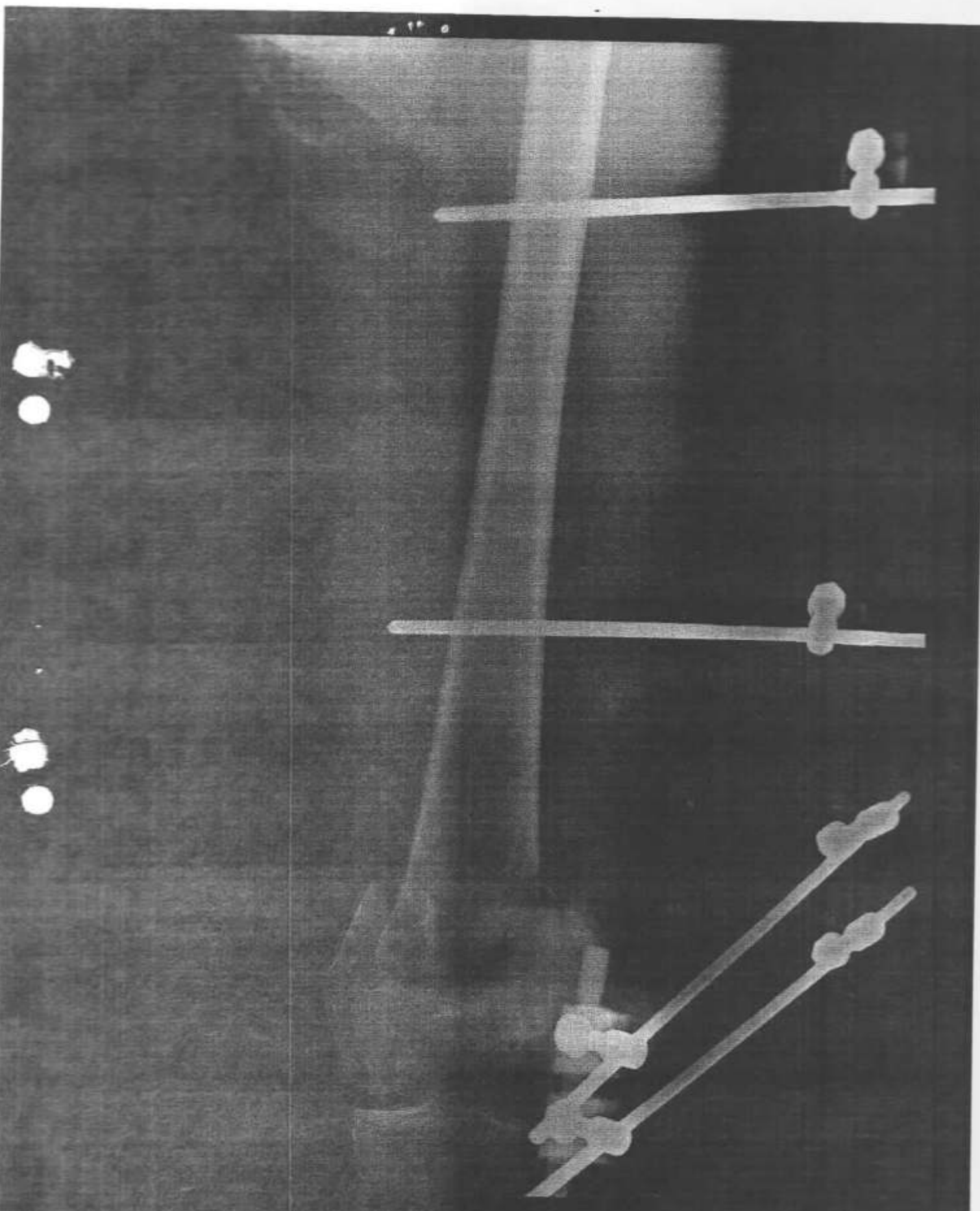


Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Jandulhy Carneiro

Id. Pac.: 000000030700

08/11/2019 18:03:02

73.2%



Nome: CICERO AMANCIO DE ARAUJO Data Nasc.: 20/05/2002
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000030700
28/10/2019 15:07:38 62.8%

Hospital Regional de Patos - RX

000000562235

51%

EL_s: 1150 000000562235

51%

EL_s:



Joelho E, AP

@

19/Nov/2019 9:45:01

Joelho E, Lateral

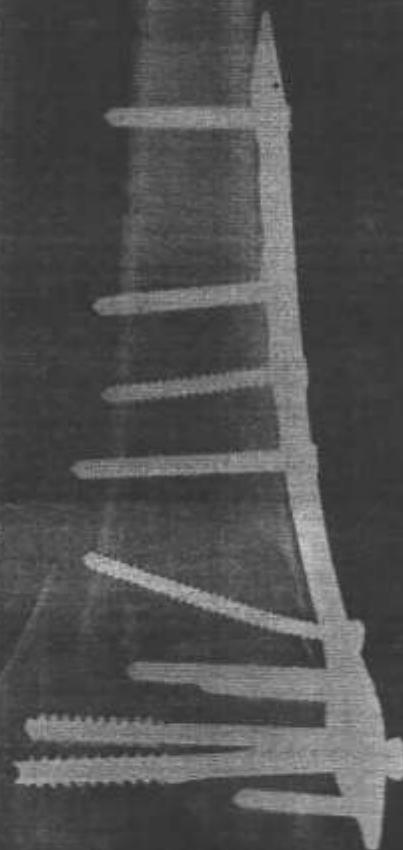
19/Nov/2019 9:45:17

000000030700

CICERO AMANCIO DE ARAUJO, *20/Mai/2002

E

No Leito



O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe profissional e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandury Carneiro.

Nome do Paciente: CIGEO PRINCIPAL DE PRÉVIO

RG:

Nome do Médico:

CRM:

Procedimento Cirúrgico:

Data da realização:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que os procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Patos, 27 de outubro de 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico:

Patos, de de



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: DIO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA <u>27/10/19</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>01</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Paciente Amarelo de Amarelo</u>	IDADE <u>17</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>Estação de Defesa Teixeira</u>		BARRIO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input 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"/> OUTRO:				

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.)	
<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"/> INTERNAMENTOS 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: CHR RESPONSÁVEL: Sonally Santos FUNÇÃO: médico

MOTIVO DE TRANSPORTE:

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

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Falava e pedia de fêmea e com hemorragia extensa e sangramento

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☒ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
FA: 100x60 FC: FR: 89 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 70 SpO2c/O2: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfução Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfução Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfução Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfução Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

Aplicação de fralda rápida e calor corporal + 2 AVP, imobilização de MIE e fralda de O2

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente menor de idade, 17 anos, vítima de estupro intra domicílio. Apresenta ferimentos no corpo da fêmea e com hemorragia extensa e sangramento. Paciente mantida em fralda rápida e calor corporal. Imobilização de MIE e fralda de O2 e QRD: CHR

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

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 ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ FUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O 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 ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____
 ENFERMEIRO(A) *K. R. Silva* COREN: *581150* MAT: _____
 AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: *F. M. Silva* COREN: _____ MAT: _____
 CONDUZIR: *Marcelo* _____

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.789.453 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/2019

NOME CICERO AMANCIO DE ARAUJO

FILIAÇÃO FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

NATURALIDADE TRIUNFIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/05/2002

DOC. ORDEM NASC. N. 25385 FLS. 87 LIV. A 25 CARTÓRIO TRIUNFIRA-PB

CNPJ 164.553.494-40

Adilson Pereira Furtado
Chefe de Cartório

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-138

Cicero Amancio de Araujo

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.317.136 -2 VIA

DATA DE
EMISSÃO

30/11/2011

NOME

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

PAI

JOSE SILVINO DE ARAUJO

MARIA DE FATIMA AMANCIO DE ARAUJO

NATURALIDADE

MALTA-PB

DATA DE NASCIMENTO

06/09/1974

DOC ORDEM

NASC.N.2673 FLS.159V LIV.28

ARTORIO MALTA-PB

056.931.294-97

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 7.119 DE 24/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 930





Francisca Amancio de Araujo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456716090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PR 20200000023871-5
VIA 1 QDD. RENAVAM 0094548475-5 RNTTC 00/00000000 DATA 2020

NOME
RUSIVELT PAULO GOMES

OPT. CNPJ
07344676486

PLACA
MOV1217/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB 9C2KD03308R014996

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. / ANO MOD.
2007 / 2008

CAP. / POT. / cil.
2 P/149 / CI

CATEGORIA
PARTIC

COR / TINTA DOMINANTE
AMARELA

COTA ÚNICA
00/00/0000

VENO / COTAS
1º

PADUA / COTA ÚNICA
0

VENO / COTAS
2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 15/01/2020

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAO JOSE DE CATANA - PB 15/01/2020

14311

14826

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456716090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2020 15/01/2020

VIA 1 07344676486

PLACA
MOV1217/PB

RENAVAM 00945484755 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. / CAT. TINTA 2007 / 9 9C2KD03308R014996

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRB (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) P A G O
***** SEGURO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 15/01/2020

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.242.028/0001-94

14826-1118198-20200115

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200102912

Data da solicitação: 10/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CÍCERO VIANCO DE CARVALHO

CPF do beneficiário: 164 553494-40

Nome do solicitante: CÍCERO VIANCO DE CARVALHO

CPF do solicitante: 164553494-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083) 99958-2737
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: REUSA.

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: LAUDO MÉDICO.

(DESCREVER)

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

TEIXEIRA - PB, 09 DE JUNHO DE 2020

Local e Data

Cícero Vianco de Carvalho

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

IMPORTANTE:

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

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO
RG: 2.317.136 Órgão Emissor: SSO/PA CPF: 056.931.294-97
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA Profissão: PESCADORA
Endereço: RUA FRANCISCO DA SILVEIRA BARROS Nº 39
Bairro: VILA FELIZ Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA - PB
Telefone: () () ()

OUTORGADO:

Nome: RENAN CASSIO MATA OLIVEIRA
RG: 3199470 Órgão Emissor: SSP/PA CPF: 067.845.364-30
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: ADVOGADO
Endereço: RUA PE. VICENTE KAVIER Nº 40
Bairro: CENTRO Cep: 58735-000 Cidade/UF: TEIXEIRA
Telefone: (87) 999582737 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, 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 DPVAT** referente à:

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO
CPF: 164.553.494-40 Data do Acidente: 27 / 10 / 2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teixeira - PB, 18 de Fevereiro de 2020.
Local e data

FIRMA

Francisca Amancio de Araujo
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

AVASTI ROCHA - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Francisco Táv. 11 - Centro - Teixeira - Paraíba
CNPJ nº 17.050.111/0001-01 - Fone: (87) 3333-1111
E-mail: avasti@avasti-rocha.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO

Em test. da verdade, Teixeira-PB 18/02/2020 14:30:44

Maria Avasti Costa Rocha - Titular

[2020-000727]JENL:R# 10,22 FARPEIRA 0,30 PENJ:R# 2,04

SELLO DIGITAL: AJT71388-X31F

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081957/20

Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

CPF: 164.553.494-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA : 067.845.354-30

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

FRANCISCA AMANCIO DE ARAUJO : 056.931.294-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020
Nome: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA
CPF: 067.845.354-30

RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200102912 Vítima: CICERO AMANCIO DE ARAUJO

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERO AMANCIO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 15596791

