

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 Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363513

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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





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, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200363513 Vítima: **ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 04/07/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Maior que 100% (17,50% + 10,50 = 28%)

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008757

Conta: 0000045423-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 10668 054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	6 - CPF: <input type="text"/> 705 626 054-36		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SÃO LUIZ	9 - Número: <input type="text"/> 514	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> PLANALTINA ESPERANÇA	12 - Cidade: <input type="text"/> TOCANTINS	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 54000-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (63) 98805-0054		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: NV PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: CONTA: 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 66275243

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Parente de 3º grau ou mais 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 Imprime-se digitalmente utilizando tinta corante e cartucho de tinta durável	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00241.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00241.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 15:39 horas do dia 08 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Elizabeth Maria do Nascimento**, conhecido(a) por Betc, CPF nº 705.626.054-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Margarida Maria de Brito e Nicolau Pedro do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Luiz, Nº S/N, complemento CASA, bairro Planalto Boa Esperança, tendo como ponto de referência Próximo da Faculdade "facene", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, nº S/N, Via Pública, Próximo do 5º. Batalhão da Polícia Militar, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/07/2020 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo NXR 150 BROS ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, ano 2011/2011, UF: PB, placa NPU-8173, chassi 9C2KD0540BR520406, renavam 0030725155-1, características gerais: Nº. C.R.I.V.: 013929771577.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA DE CARONA NA GARUPA DO VEÍCULO JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, QUE ERA CONDUZIDO POR "ÍTALO GOMES DA SILVA", PORTADOR DO CPF: 104.652.644-84, QUANDO O VEÍCULO FOI ATINGIDO NA LATERAL POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AS PESSOAS ACIDENTADAS, SENDO QUE OS ACIDENTADOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO. CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

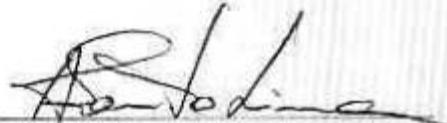
Sendo o que havia a constar, ciente(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Soc. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 1573564

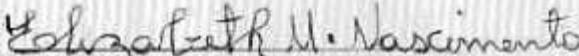
Procedimento Policial: 00241.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 08 de setembro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Delegacia de Comarca de Lucena
Comissário - Matr. 157 - 504


ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
Noticiante



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 10668 054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	6 - CPF: <input type="text"/> 705 626 054-36		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SÃO LUIZ	9 - Número: <input type="text"/> 514	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> PLANALTINA ESPERANÇA	12 - Cidade: <input type="text"/> TOCANTINS	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 54000-000
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): <input type="text"/> (63) 98805-0054	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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: NV PAGAMENTOS S.A.

AGÊNCIA: CONTA: 66275247 8

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Parente de 3º grau ou menor 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

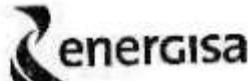
CONTA: 000000045423-9

Autenticação:

3E1126C915C7C9BD4F037CB086B2A5D2A0AE7C6FE05C3FBCABCA0796C9799362

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
RUA SÃO LUIZ, 8/N - BOA ESPERANÇA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AO 5)

CPF/CNPJ/RANI: 763.626.954-35



Grupo: CONVENCIONAL/BÁSICA TENSÃO: Básico B1
Classe: RESMTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Endereço: MONIFASICO
Número: 14-E-566-4871 NP Medidor: 00003030671

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1889040-0

CONSISTE NA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018890400

VALOR DA FATURA: R\$ 109,22	VENCIMENTO: 29/07/2020
REFERÊNCIA: Jul / 2020	CONSUMO: 131 kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	
FATURAS EM ATRASO	
Jun/20 R\$107,22 May/20 R\$19,12 Apr/20 R\$99,95 Mar/20 R\$95,84	

DESCRITIVO										
CD	Descrição	Custos	Tarifa P	Vlgr Base Calc.	Alo	ICMS	Base Calc.	PIS/COFINS/IR		
			Tributos	Trib.	(R\$)	ICMS	(R\$)	PIS/COFINS/IR (R\$)		
001	Consumo kWh	(31)	0010040	106,38	106,38	27	29,72	106,38	1,10	5,12
X02	LANÇAMENTO SERVIÇOS				4,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00
X02	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA				1,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
009	BÔNUS ITAIPIUPE 10400/2022 12/2019									

CC: Código de Classificação Estadual
Tarifa e Tributos: C 565400

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
2019	19	Descrição	Valor (R\$)
Agosto	107	Serviços da Cef. da Energia/PB	28,08
Set/19	102	Contri. de Energia	34,98
Out/19	105	Impostos/Fazenda/SE	4,11
Nov/19	114	Encargo Salões	4,22
Dez/19	117	Imposto Direto/Encargos	20,17
Jane/20	105	Outras Serviços	0,00
Fev/20	103	Total	110,63
Mar/20	111		100,00
Abri/20	112	Entrega Usina Referência Outubro (Ref. 6/2020) 78,49/00	
Mai/20	120		
Jun/20	121		
Vida	112		

PRÓXIMA LEITURA: 21/08/2020

* Para mais detalhes sobre o consumo, entre no site www.energisa.com.br

INDICADORES DE QUALIDADE

ITEM	MENSAL	APURADO TRIMESTRE	ANUAL	LIMITES/DEFENSÃO (%)
Relevos e distorções no leitor - DIC	5,19	9,43	10,38	20,77
Variação de leitura com variação - VD	5,92	1,00	8,47	12,85
Duração da maior interrupção de energia no período - DMI	2,94			202
Duração da menor interrupção de energia no período - DMR	12,22			231
LIMITES SUPERIOR				231

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está criando para todos os canais virtuais, site, App Energisa One, WhatsApp: (83) 99135-6546.

- RE/MSC: Caso esteja faltando a leitura, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/08/2020, conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou escombre pagas não estejam na unidade consumidor para comprovação. Caso essas faltas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATTURAS REVISADAS, para estas a suspenção do fornecimento poderá ocorrer imediatamente após o fim do prazo estabelecido na Resolução 676/30 da ANEEL. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA - 9-230, Km 25 - Cxto Reitor - João Pessoa / PB - CEP 58051-680
CNPJ 09.085.180/0001-40 - Isc Eel 18015.829-0.

Note Faz/Conta de Energia Elétrica N°04 289.078 - Emissa: 22/07/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA está disponível para consulta e pagamento a partir de 22/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 244006 10546 994178 1 63310000010922

PAGADOR: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 705.626.054-36

RUA SÃO LUIZ, 8/N - BOA ESPERANÇA

JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000

Nº Conta: 0019000903150244006 N° Documento: 001889040202007

Vlr Doc: R\$ 109,22 Data de Vencimento: 29/07/2020

Vlr Pago:

Nº Documento: 001889040202007

<



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1244351



Identificação do paciente				
ID 1516311	Nome ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21 anos 10 meses 27 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário 123474
Mãe MARGARIDA MARIA DE BRITO				Pai NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 99647127			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125534			Nº Cns 702807656705566
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
CBO/R:				
Endereço				
CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO LUIZ	
Número SN	Complemento			Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA
Admissão				
Data e Hora 04/07/2020 21:55:56	Número da pulseira 1000008814639		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL			Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO				Tempo

Imprimir

Documento de Alta

Nome: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo: Feminino	Número Prontuário: 123474
Data de Nascimento: 04/09/1998	Idade: 21A 10M 1D	Data de Internação: 05/07/2020 03:09:03	Data de Alta: 08/07/2020 02:09:13	BAE: 1244351
Mãe: MARGARIDA MARIA DE BRITO				
Endereço: RUA SÃO LUIZ, SN		Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA				
Conduta: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Tratamento: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur				
Recomendações: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				

Data: 08/07/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINOS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

RG (IDENTIDADE)
4125534

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **04/07/2020 22:08:35** , NECESSITANDO DE **60** - sessenta

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S72.9**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO


JORGE JOSÉ SOUSA PINTO
(12278/PB)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2007/037 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2830605, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO**, idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x Moto)** no 04/07/2020, na Rua Inspetora Emilia M. Gomes, Bairro: Valentina- João Pessoa-PB, aproximadamente às 21h00min, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Julho de 2020.

Marina Travassos Lopes
Estadística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Matrícula: 67574-8

Marina Travassos Lopes
Matrícula: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1244351 e PRONTUÁRIO nº 123474

PACIENTE: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 04.09.98

Data e Hora do Atendimento: 04.07.20

Horário: 21:55h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital trazido para este serviço pelo SAMU vitima de acidente de automóvel e dor forte na coxa direita e joelho direito. Atendido pelo Dr. Teófilo Vanomark CRM 9690, Dr. Jorge José de Sousa Pinto CRM 12278, Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dr. Thales Farias CRM 8799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO

CID 10 S 72 3

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho e patela direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 06.07.20 com redução e fixação de fratura diafisaria do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: Em 08.07.20 às 2:09h.

Data da Emissão: 31.08.20

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



AV. ORESTES LISBOA, 51 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244351

**Identificação do paciente**

516311	Nome ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21 anos 10 meses	Estado civil CASADO(A)	Religião	Praticante
Mae MARGARIDA MARIA DE BRITO				Pai NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO
Endereço				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
CEP 58065021	Celular 99647127	DDD	Telefone	
Documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125534	Nº Cns		
Lugar de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Type BAIRRO	UF PB		
ETNIA	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SAO LUIZ
Número EN	Complemento		Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA

Admissão

Data e Hora 04/07/2020 21:55:56	Número da pulseira 1000008814639	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Área policial N/A	Plano de saúde Não	Veio de ambulância: Não	Trauma Não
Via de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

X	mmHg	P脉	Temperatura
---	------	----	-------------

Exames complementares

<input checked="" type="checkbox"/> Sangue []	<input type="checkbox"/> Urina []	<input type="checkbox"/> TC []	<input type="checkbox"/> Liquor []	<input type="checkbox"/> ECG []	<input type="checkbox"/> Ultrasonografia []
--	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--

Data: 04/07/2020

Faciente veio com dor de queda de moto, avaliado e
encaminhado ao e.d.t.



Diagnóstico	CID
Arenado por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO	Tempo

Imprimir



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	1244351	04/07/2020 21:55:56	
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21a 10m 1d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARGARIDA MARIA DE BRITO			Telefone de Contato (83) 99647127
Endereço SAO LUIZ, SN	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Registrado 2489/PB
Data/Hora Classificação 04/07/2020 21:55:56		Data/Hora Prescrição 04/07/2020 22:05:44	

ANAMNESE

paciente conduzida pelo samu referindo acidente de automóvel e dor forte em coxa direita, nega perda da consciência, vômitos e cintiloscopia. informe ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões externas, acusa dor à palpação da coxa e joelho direito, tórax e abdome; não tem febre, radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP +LATERAL + AXIAL)

CID10

S72.9 - Fratura do fêmur, parte não especificada

Conduta

Em observação

Bo

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

Boletim registrado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO em 04/07/2020 21:55:56



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	1244351	04/07/2020 21:55:56	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone do Contato
04/09/1998	Feminino		(83) 99647127
Via:	Bairro	Município	Prontuário
MARGARIDA MARIA DE BRITO	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA	UF
Endereço		Profissional	PB
SAO LUIZ, SN		RAFAEL ANTUNES VALESTER	Nº Cons. Regional
Acidente	Motivo:		12244/PB
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE AUTOMOVEL		
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
04/07/2020 21:55:56		04/07/2020 23:10:09	

ANAMNESE

paciente conduzida pelo samu referindo acidente de automóvel e dor forte em coxa direita, nega peda da consciência, vômitos e comorbidades, informa ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões externas, acusa dor à palpação da coxa d e joelho direito, tórax e abdome; não conduziu exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia. PELA ORTOPEDIA ACIDENTE DE MOTO DOR NO JOELHO DIRE NEGA COMORBIDADES ALERGIA A DIPIRONA RX; FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO CD: AO BLOCO PARA TRAÇÃO ESQUELETICA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

RAFAEL ANTUNES VALESTER
(CRM: 12244/PB)

Boleto registrado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO em 04/07/2020 21:55:56

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DEBTSIL

NOME: ELIZEBTH MARIA DO NASCIMENTO BE/PRONTUÁRIO: 1244351
 IDADE: 21 SEXO: MAS COR: _____ DATA: 28/6/2020
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: PASSAGEM DE FIO DE KR PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL À ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR ANDRE CRISTIANO 1º ASS: MR1 ANTONIO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DIAFISARIA DISTAL DE FEMUR DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 _____ RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. André Cristiano C. Lima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 9714 / TEOT 15886

DATA:

5/7/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

150:

PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE KC N° 4

Achados:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO KC N 4 TRANSTIBIAL ESQUERDO

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

RX CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 8KG

Dr. André Cristiano C. Lima

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 9714 / TEOT 15886

João Pessoa,

Médico/CRM:

5/7/2020

REF ID: CL

FICHA DE ANESTESIA



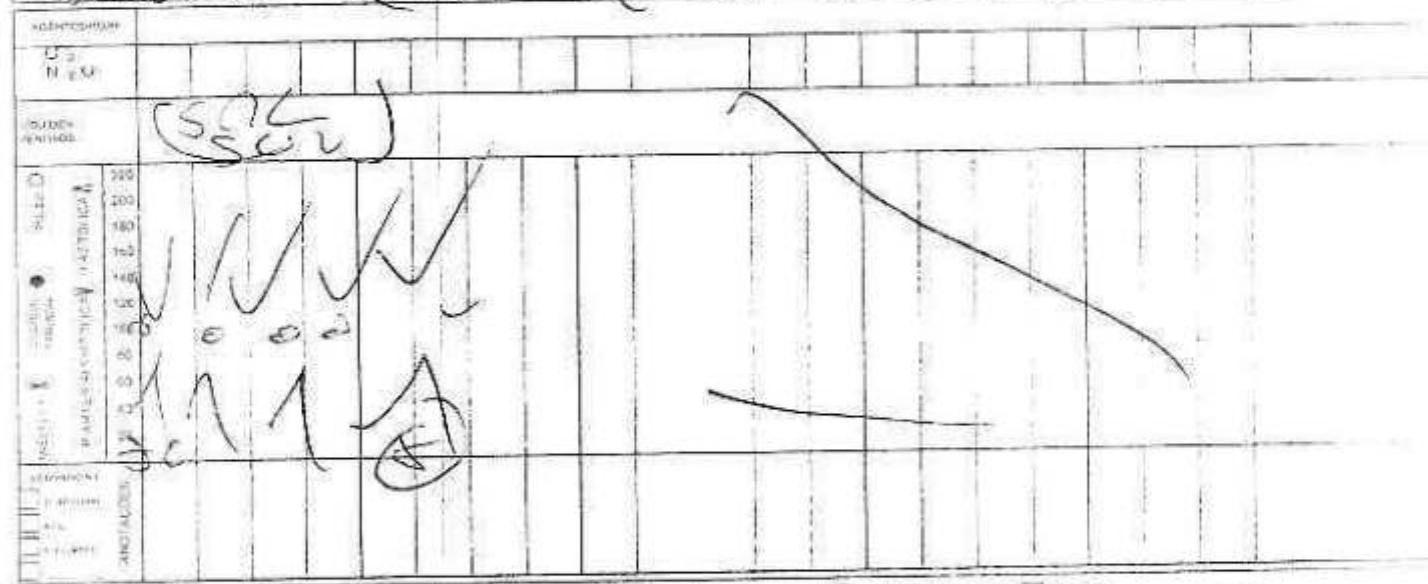
DATA: 05/07/20

PRONTUÁRIO:

SEXO: COR: IDADE:

PACIENTE: Eleonora

PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU		
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>UVA</u>			
AP. RESPIRATÓRIO: <u>REGULAR</u>	AP. CIRCULATÓRIO:		
AP. DIGESTIVO: <u>REGULAR</u>	ESTADO MENTAL:	DROGAS EM USO:	
PRI-ANESTÉSICO: <u>NADA</u>	ESTADO FÍSICO:		
DOSE-HORA: <u>Amorfo</u>			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:			
CIRURGIA REALIZADA: <u>Abdome</u>	AUXILIARES	Dr. Roberto Ciraulo Neto Médico Anestesiologista CRM-PB 10.718 / RQE 6405	
CIRURGIA: <u>Abdome</u>	TERMINO DA ANESTÉSIA:	DURAÇÃO DA:	CRM-PB
INÍCIO DA ANESTÉSIA: <u>15:00</u>	QUANT. DE CI:	VALORES RS:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>Abdome Izquierdo</u>	CPE:	CRM-PB:	
ANESTÉSICO: <u>Alcurane Ixarel</u>			



SÍNTESE		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
ANEST.	1. <u>Alcurane</u>	11.	
ANEST.	2. <u>Alcurane</u>	12.	
ANEST.	3. <u>Propofol</u>	13.	
ANEST.	4.	14.	
ANEST.	5.	15.	
ANESTÉSICO-PACIENTE	6.	16.	
<input type="checkbox"/> APEN	7.	17.	
<input type="checkbox"/> EP	8.	18.	
<input type="checkbox"/> UN	9.	19.	
<input type="checkbox"/> OUTROS	10.	20.	

DEclaro que li e entendi a ficha de anestesia e que estou ciente das informações contidas nela.

Assinatura do paciente: Eleonora

Assinatura do responsável: Roberto Ciraulo Neto

CRM-PB 10.718 / RQE 6405

Dr. Roberto Ciraulo Neto
Médico Anestesiologista
CRM-PB 10.718 / RQE 6405

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

PB Nº 013929771577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

**www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO —
2018 04/04/2018

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1 104713124		NPU8173/PB
RENAVAM	MARCA/MODELO	
00307251551	HONDA NXR150 BROS ESD	
ANO/FAB	LT/TAPE	Nº CHASSI
2011	9	9C2KD0540BR520406

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DEPARTAMENTO (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IDF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) P A G O
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
S COTA UNICA	PARCELADO	29/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04

8290-0919565-20180404

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

NPU8173

DETTRAN - PB N°
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COLHEITADA - PLACA: 2018

NOME / ENDEREÇO

DIREÇÃO:

PLACA

NPU8173

ESPECIE / TIPO:
PASSA / MOTOCICLETA
MARCA / MODELO:
**HONDA/NXR150 BROS
ESD**COMBUSTIVEL:
ALCO/GASOL
ANO FAB.: **2011** ANO MOD.
2011CATEGORIA: **PARTICULAR**

COR PREDOMINANTE:

COSA UNICA

IPVA

PREMIO LIQUIDACAO:

PRAZO IPVA:

PREMIO TOTAL PREVISTO DE PAGAMENTO:

A

29/05/2020

CAT.

2º

PRAZO:

3º

Comunicacao de Venda**SANTA RITA****03/09/2020****Imprimir Consulta****Último Licenciamento: 2018****Proprietário: *********Placa: NPU8173****Combustível: ALCO/GASOL****Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD****Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA****Ano de Fabricação: 2011****Ano Modelo: 2011****Categoria: PARTICULAR****Cor Predominante: PRETA****Vencimento Licenciamento: 29/05/2020****Observação:****Restrição: Comunicacao de Venda****Financeira:****Município: SANTA RITA****Situação: EM CIRCULACAO****Data da Consulta: 03/09/2020**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200363513 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO Data do acidente: 04/07/2020 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287093/20

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 705.626.054-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2020

Titular do CPF: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO : 705.626.054-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2020
Nome: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
CPF: 705.626.054-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

TESTIMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

DECLARACAO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORPO DE MORTO	
<p>23 - Estado <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Anticípame <input type="checkbox"/> Vívo</p> <p>24 - Data da morte <input type="checkbox"/> dd/mm/aaaa</p> <p>25 - Seu de parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou comarca(es): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>27 - Se a vítima deixou comarca(es), informar o nome completo:</p> <p>28- Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Vívo: <input type="checkbox"/> Falecido: <input type="checkbox"/> Morto: <input type="checkbox"/> Desaparecido <input type="checkbox"/> 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>32 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>34 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>35 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>36 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>37 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>38 - 1º Nome: _____</p>	

PERMANENT

a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

Autotizzi e Sestini descrevem os critérios para classificação de risco de crédito, baseados em informações de rotina estandardizada.

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PÔUPANÇA	Salvar pra os bancos (lê) ou Abrir, Atualizar uma opção
<input type="checkbox"/> Bradios (237)	<input type="checkbox"/> Rádi (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<input type="checkbox"/> CONTRA	<input type="checkbox"/> AGÊNCIA
<input type="checkbox"/> 45423	<input type="checkbox"/> 8757
<input type="checkbox"/> 9	

BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORA)

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovará o anexo (ANEXO CÓPIA).

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Pais, Título e Cidade) PRAIA VITÔRIA/BENEFICIÁRIO MENSAL ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CUIDADOR

11 - Bairro:	PLANALTO BOA ESPERANÇA	12 - Cidade:	JOAOPESSOA	13 - Estado:	PB
14 - CEP:	58000-000	15 - E-mail:	16 - Tel(ddd):		

RUE SAO LUIZ
9 - Número
S/N
ID - Comprimento
7 - Profissão
RECSUSO

5 - Nome completo: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
6 - CPF: 705.626.054-36

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FÁIXA DE RENDA MENSAL DA MESSA PÍFICA (VITALINA/SENECA/HONORÉ/RESENTHALT/EGALA) - CRÉDITO: SUSP - N° 44/S-2022

2 - Nro do Sertido ou ASL
3 - Cpf da vítima
4 - Nome completo da vítima
5 - RG e/ou CNH
6 - ELIZABETH NARA DO NASCIMENTO

Ecolga (s) tipo(s) de cobertura DAMS (DESPESAS DE ASISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

www.english-test.net

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

