
Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221806

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221806

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221806

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

Data do Acidente: 25/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA PAULA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

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: JOANA PAULA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 0000088

Conta: 000004026-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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





Nº DO SINISTRO _____

CAMPÃO PREENCHIDO

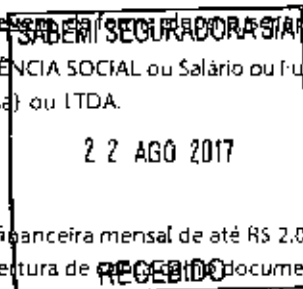
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joana Paula da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2002014001425 EXPEDIDO POR SSP/IC EM 14/02/2014
CPF 006396353-18 CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO homem
E RENDA MENSAL DE R\$ 10.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joana Paula da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A CEFUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de **RECEBIDO** documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 058 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4036 - 1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

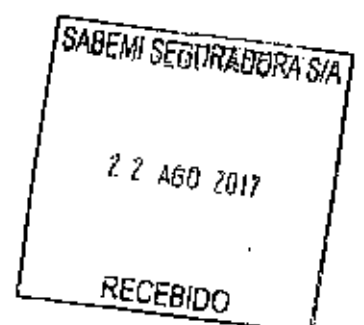
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Quelaceabc de agosto de 2014 LOCAL E DATA
Joana Paula da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 650 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**

Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**

Complemento:

Bairro: **PQ CENTENARIO**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**

Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**

RG: **2002014001125** Órgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**

Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE**

CEP:

Município: **ARACOIABA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta, ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram; que a motocicleta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acredita que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarante quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamento. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Fco Soares

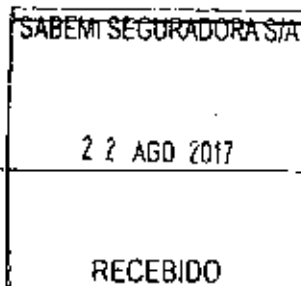
FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE OLIVEIRA - MAT.: 404834-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Joana Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1-5





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 650 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **14/06/2016 09:16:00**

Data / Hora da Ocorrência: **25/02/2016 17:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO FELICIO**

Complemento:

Bairro: **PQ CENTENARIO**

Município: **ARACOIABA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOANA PAULA DA SILVA**

Nascimento: **22/04/1983** CPF: **006.396.353-18**

RG: **2002014001125** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF:

Filiação: **MARIA CATARINA DA SILVA**

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Endereço: **RUA JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA**

Bairro: **CONJ. SOLON LIMA VERDE**

CEP:

Município: **ARACOIABA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 9966-3252**

Histórico

Narra a declarante que estava na garupa da motocicleta KASINSKI/COMET 150 DE PLACA OII-1294, CHASSI:93FCMACFBBM007516, cor preta, ano/modelo 2011, a qual na data do acidente estava sendo conduzida pela pessoa de JOSÉ EUDES DE OLIVEIRA LAURINDO quando caíram ; que a motocicleta é registrada no nome de DIOMEDIO RODRIGUES COSTA, o qual tem conhecimento de que a declarante sofreu acidente na motocicleta que está registrada em seu nome; que caíram logo que a declarante subiu na motocicleta e andaram questão de metros; que acredita que o condutor se desequilibrou devido as condições ruins do terreno; que a declarnte quebrou o braço direito na altura da articulação da mão; que foi conduzida para o hospital por uma pessoa que mora no local e se submeteu a cirurgia no local da fratura; que passou cerca de dois meses em tratamneto. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : FR

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE OLIVEIRA - MAT.: 404834-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Joana Paula da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

RICARDO GONÇALVES PINHEIRO - MAT.: 404576-1-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Joana Paula da Silva, portador da carteira de identidade nº 2002014001125 e inscrito no CPF/MF sob o nº 006.396.353-18, residente e domiciliado na Rua Joaquina Azeiteiro, 436, Cidade Aracaju, Estado Al, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

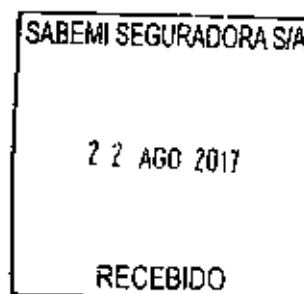
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Joana Paula da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracaju Al 15/08/2017

Local e data





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO



Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO	
6 - DATA DE NASCIMENTO		Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)		Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO			
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - Nº DO BILHETE			
38 - CNPJ EMPRESA			
39 - CNAS DA EMPRESA			
40 - CBO			
41 - CBO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO			
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

20/09/2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA PAULA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00088

CONTA: 000000004026-1

Nr. da Autenticação 889529503AC3D840

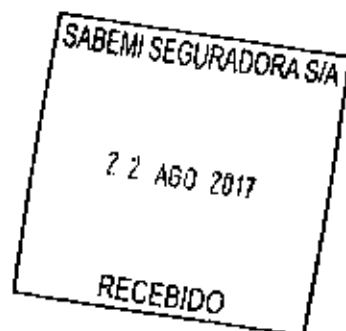
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joana Paula da SilvaRG nº 200201400125, data de expedição 14 / 02 / 02, Órgão SSP/CE

CPF nº 006.396.353-18 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Joantina Aires de</u>
Número	<u>Oliveira, 436</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salon Lima Verde</u>
Cidade	<u>Croceiabo</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>62450-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Croceiabo/CE 15/08/2017Assinatura do Declarante: Joana Paula da Silva

1388602-9

de 20 de abril de 2002

Coste

Para emissão de fatura, favor consultar o CNPJ

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SUBSTITUIÇÃO DE BOMBA D'ÁGUA

422976014

Rota 06 27010 56 100000 - 0 Data de Emissão 09/03/2016

Nome MARIA CRISTIANE DA SILVA

End. Postal RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA 00436

-SOLON TINA VERDE -ARACOIABA- 62750000

Medidor 7819372

Ponta 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 323338543-91

CGF

Nome do Responsável

PERÍODO	DATA DE EMISSÃO	PREVISTO	VALOR DO MÊS
Mar/2016	09/03/2016	08/04/2016	R\$ 18,60

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	DIC	FIC	DMIC
18,60	10,00%	1,86	7,74	5,88	5,88

Período	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
09-03-16	125	125	125	125	125

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	56,87
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-22,75
MULTA MORATORIA REF 02/2016	0,82
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,25
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,84
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 1,96)	

VENCIMENTO 16/03/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 47,03

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Transmissão	0,46
Distribuição	0,74
Despesas Operacionais	1,25
Tributos (PIS/COFINS)	2,89
TOTAL	54,34

CONSUMO COMPARADO - ANTERIOR (R\$ CO2)	CONSUMO COMPARADO - ATUAL (R\$ CO2)
54,03	0,00

Informações importantes e avisos de vencimento

AVISO DE DÉBITO EM ATRASO: Informamos existir débitos vencidos nos meses anteriores a esta data, no valor de R\$ 136,45. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso se até 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.

Consta desta fatura R\$ 2,89 referente a PIS e COFINS.

CNPJ do Cliente: 1388602-9 Referência: Mar/2016
Data de Emissão: 09/03/2016 Total a Pagar (R\$): 47,03
Nº da Nota Fiscal: 422976014 Nº de Controle: 8801388602 00499 39382 148

SABEMI SEGURADORA S/A
22 AGO 2017
RECEBIDO

8335038

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60138-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 067036892**

Rota AC006R56 - 1000000

Referência 06/2020

Nome JOANA PAULA DA SILVA

Endereço RU JOANINHA ALVES DE OLIVEIRA, 00436, SOLON LTDA

VERDE, 62750-000, ARACOTABA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 10/06/2020

Medidor 1543402-INE-019

ÁREA RESERVADA AO FISCO**ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)****DATAS DE LEITURA**

P.F.: 25 dias

Anterior 12/05/2020

Atual 10/06/2020

Próxima prevista 10/07/2020

**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	13,543	13,543	1,00	200	00	200	0,00000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO**TARIFA****VALOR (R\$)**

CRÉDITO PRÓXIMAS FATURAS	-	1,18
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	14,32
PIS COMPL BX RENDA	-	1,48
COFINS COMPL BX RENDA	-	6,76
DESCONTO BAIXA RENDA	-	-149,59
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	-	149,59
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	-	0,00
CONSUMO DE 101 KWH ATE 200 KWH	-	0,00
PAGAMENTO DUPLICIDADE/NAO LOC	-	-67,61
JUROS MORATORIOS	-	3,25
DEBITO DE PEQUENOS VALORES	-	40,62

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	27,00	0,00
PIS	149,59	0,99	1,48
COFINS	149,59	4,52	6,76

Valor Total	25/06/2020	0,00
-------------	------------	------

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 006.396.353-18

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emissão (kg CO₂) 78,08 Compensado (kg CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

Períodos: Band. Tarif.: Verde ; 13/05 - 10/06

Conforme MP Federal 950/20, essa conta teve desconto de 100% na parcela de consumo até 220kwh.

Nº do Cliente: 8335038
Data de Emissão: 10/06/2020
Nº da Nota Fiscal: 067036892

Referência: 06/2020
Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle: 10014551550

V: [1.0.0.13]
Cód. 11.04451080 2762
4.2648124
Rev. 10/06/2020

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 Itamar Simões da Silva portador(a) do

RG nº 3253110-97, expedido por _____, em

37 / 11 / 1997 CPF/CNPJ nº 832982903-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Joana

Paula da Silva do sinistro de DPVAT da natureza _____

da vítima Joana Paula da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ no valor

Documentos comprobatórios: no valor

x Itamar Simões da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO

Eu, *Diomedio Rodrigues Costa*, RG 2009004060-5, data de expedição em 30/12/2014-SSPDS/CE, Portador do CPF 894.035.413-34, residente e domiciliado no sítio Barra Nova, zona rural de Itapiúna/CE, declaro sob as penas da lei, que o veículo abaixo descrito está/estava registrado em meu nome na data do acidente ocorrido com a vítima *Joana Paula da Silva* em 25/02/2016, cujo condutor era *Joana Paula da Silva*.

DADOS DO VEÍCULO

MARCA/MODELO: MOTOCICLETA KASINSKI/COMET 150 70

ANO/MODELO: 2010/2010

PLACA: OII-1294

CHASSI: 93FCMACFBBM007516

COR: PRETA

Assinatura do declarante:

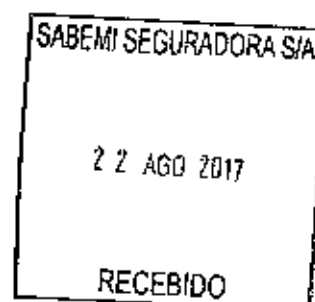
Diomedio Rodrigues Costa

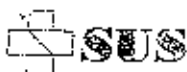
Assinatura do condutor:

Joana Paula da Silva



CARTÓRIO DE REG. CIVIL 1º OFÍCIO Aracaju - SE VALIDO SOMENTE COM A AUTENTICAÇÃO DE	Reconheço a(s) firma(s) de <i>Diomedio Rodrigues Costa e Joana Paula da Silva</i>
	<i>Maria Cleonice Alves da Cunha</i> Oficial Substituta <input type="checkbox"/> Raízel Leite Albuquerque Moreno Tabelião / Registrador
18 JUN. 2016	





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE



0008

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/83

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

850-88

9 - SEXO

MASC

11

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DOD

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

420-8

15 - UF

CE

16 - CEP

06040000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Exame físico normal, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Desidratação de 10%.

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

Exame físico normal.

SABEMI SEGURADORA S/A

22 AGO 2017

RECEBIDO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Desidratação de 10%.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico e hidratação.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/04/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SELECIONADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura
25/04/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNAMENTO

AVÉ	15:15	CLÍNICA	RT	BLOCO/LEITO		BLOCO/LEITO	25
DVF	Joana Paula da Silva					REGISTRO	050.832
ENDEREÇO	SEXO	NASCIMENTO	IDADE	COR	RELIGIÃO		
Rua do Centro	F	22 04 83	33				
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	GRAU DE INSTRUÇÃO			PROCEDÊNCIA		
Casada	Agricultora	P			Aracoiaba		
RESIDÊNCIA	BAIRRO			FONE			
Senhorinha Verde				4663.2507			
LAÇAO	Fco. Chagas da Silva						
	M = Catarina da Silva						
DATA DO COLHE							

PESQUISA NOTIFICAR EM CASO DE URGÊNCIA			PARENTESCO				
ENDEREÇO			BAIRRO			FONE	
ENDEREÇO			PARENTESCO				
ENDEREÇO			BAIRRO			FONE	

COMETIDO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO			
DATA DE INTERNAÇÃO	DATA DA SAÍDA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
25/07/16	19.03.16		

ESPECIFICAÇÃO		ÓBITO	
CA	TEO	<input type="checkbox"/> 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS	
<input type="checkbox"/> 1 - DURADO	<input type="checkbox"/> 2 - ADMINISTRATIVO (CHEFIA MÉDICA OU SUPERVISÃO HOSPITALAR)	<input type="checkbox"/> 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO	
<input type="checkbox"/> 2 - MELHORADO	<input type="checkbox"/> 7 - POR INDISCIPLINA	<input type="checkbox"/> 2 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs	
<input type="checkbox"/> 3 - INDEFINIDO	<input type="checkbox"/> 8 - POR EVASÃO	<input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs	
<input type="checkbox"/> 4 - PEDIDO	<input type="checkbox"/> 9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL	<input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 72 HORAS APÓS ATO OPERATÓRIO	
<input type="checkbox"/> 5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO	
		<input type="checkbox"/> 6 - ÓBITO POR ANESTESIA	

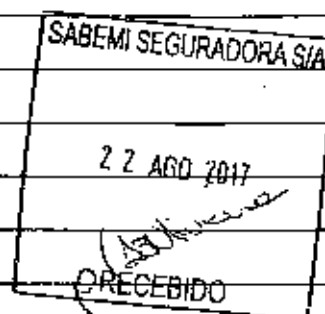
AGENCIADOR DEFUTIVO	CÓDIGO
---------------------	--------

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	CÓDIGO
------------------------	--------

PERIÓDICO	CÓDIGO
-----------	--------

ETC	<input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs	<input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs	AUTÓPSIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
-----	--	---	----------	------------------------------	------------------------------

RESERVAÇÕES



SAME - FUNCIONÁRIO

MÉDICO ASSISTENTE - CRM



ARACUJÁ
PREFEITURA MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACUJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e averso)

Nº DA GH

CIRURGIA

ANESTESIA

Nome do Paciente:

Diagnóstico:

Operação:

REC.

CÓDIGO CID

Conversão Categoria Detalhes

Código SSN

1 - Peq. 4 - Simu
2 - Média 5 - Mult.
6 - Grande 6 - Especial
7 - Punc. e Secundária

Início Término Duração

Dia Mês Ano Dia Útil

Sim Não

☐ Local ☐ Geral ☐ Outros
Início Término
Hora Min Hora Min

Em minutos cf. acresc. para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis (preencher).

Anestesia

Minutos total Minutos cf. acrescimo

61

MATERIAL DE SALA

TIPO

Q

V.U

V.T

65

MEDICAMENTO DE SALA

TIPO

Q

V.U

V.T

74

Oxigênio

Assinatura da Enfermeira

Início Horas

Térn. Horas

Total de Horas

Assinatura Cirurgião

RECEBIDO

22 AGO 2017

SABEM SECRETARIA DE SAÚDE

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

Agentes Anestésicos

20

Líquidos

Código

P.P. Arterial
X Anestesia

V A

Pulso
Operação

Respiração

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

Respiração de
plac. sanguíneo

Dr. Paulo Fernando Silveira Braga
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-CE 1312

RECEBIDO

22 AGO 2017

SABEM SEGURADORA S/A

DATA

Cirurgião - Ass. e Carimbo

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACOIABA
SECRETARIA DA SAÚDE
FOLHA SUMÁRIO DE URINA

FOLHA SUMÁRIO DE INTERNA MENTO

NOME 15.15 ET		BLOCO/LEITO 525	
NOME JOANA Paula da Silva		REGISTRO 050 832	
RAÇA BRANCA	SEXO F	NASCIMENTO 22 04 83	IDADE 32
PROFISSÃO AGRICULTORA	GRAU DE INSTRUÇÃO 7	COR	
ENDEREÇO Sd. Lina Verde	BAIRRO	PROCEDENCIA Aracaju	
FONE 4663 2527		FONE	
FICHA DE AVALIAÇÃO			
SITUAÇÃO EM CASO DE URGÊNCIA		PARENTESCO	
BAIRRO		FONE	
PARENTESCO		BAIRRO	
FONE		FONE	
OBJETO APRESENTADO PARA INTERNAÇÃO			
DATA DE INTERNAÇÃO 25/07/16	DATA DA SAÍDA 25.07.16	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	DESTINO DADO AO PACIENTE
TPO		ÓBITO	
<input type="checkbox"/> 1 - DURADO <input type="checkbox"/> 2 - MELHORADO <input type="checkbox"/> 3 - ALTERADO <input type="checkbox"/> 4 - FETIDO <input type="checkbox"/> 5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO		<input type="checkbox"/> 0 - INEXISTÊNCIA DE DADOS <input type="checkbox"/> 1 - ÓBITO OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> 2 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO NAS PRIMEIRAS 24 hs <input type="checkbox"/> 3 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO COM MAIS DE 24 hs E ATÉ 72 hs <input type="checkbox"/> 4 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 1ª SEMANA APÓS ATO OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 5 - ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO OCORRIDO DEPOIS DA PRIMEIRA SEMANA APÓS O OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 6 - ÓBITO POR ANESTESIA	
ÓBITO DEFINITIVO		CÓDIGO	
ÓBITO SECUNDÁRIO		CÓDIGO	
ÓBITO		CÓDIGO	
<input type="checkbox"/> ANTES DE 24hs <input type="checkbox"/> DEPOIS DE 24hs		AUTÓPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESERVAÇÕES			
Edna SAME - FUNCIONÁRIO			
P. Silva MÉDICO ASSISTENTE - CRM			

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		5 - N° DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE		0528	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		22/04/83	
9 - SEXO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> X	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Ma. Katarine Silva		DDD	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		N° DO TELEFONE	
R. Sclon Lima Leite			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Macaíba		420-8	
15 - UF		16 - CEP	
CE		61040-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente apresenta queda no braço direito e dor no local da queda.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de cirurgia.			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Raio-X.			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
Queda do braço direito.			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Cirurgia de reparação do tendão do braço direito.			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
CT	OL	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
		28/04/83	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - N° DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CNAE DA EMPRESA	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
1/1			

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO
- OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS

ANESTESISTA

Atividade realizada em sala de aula, com a participação de todos os alunos. O objetivo foi avaliar a capacidade de raciocínio lógico e a habilidade de trabalho em equipe. A atividade foi realizada em grupos de 5 alunos cada. Cada grupo recebeu uma tarefa específica a ser realizada em 15 minutos. Os grupos apresentaram seus trabalhos e foram avaliados pelos professores. A avaliação foi baseada na clareza da apresentação, na qualidade do trabalho realizado e na capacidade de resposta às perguntas dos professores. Os resultados da avaliação foram os seguintes:

DATA: 10/10/2023

Cirurgião - Ass. e Carimbo

1º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

2º Auxiliar - Ass. e Carimbo

Agentes Anestésicos

20

Líquidos

[Handwritten marks]

Respiração

[Handwritten marks]

Código
V P. Arterial
X Anestesia
□ Pulso
□ Operação

[Handwritten marks]

20

Relatar as causas que justificam a longa duração da operação, da anestesia e o maior consumo de material e medicamentos.

*Bequer de
plano horizontal*

[Handwritten signature and stamp]

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Jana Karla do Silva

vítima de acidente de trânsito, em 25,07, 2016, sofreu:

Fratura do mto distal direito
cod. S52.5

e submeteu-se a tratamento(s): Cirúrgico

Redução e fixação do fratura
psicotrauma

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:



Dois e desconforto no
articular do mto direito
falta e convalescença precoce do
movimento
monobras com como preda
falta muito de um vi de
prejudica da oculte
limite funcional
alto media definitiva

18.05.2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Joana Paula da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

0002014001425 DATA DE EXPIRAÇÃO 14/2/2002

NOME JOANA PAULA DA SILVA

PAIS FRANCISCO CHAGAS DA SILVA E MARIA CATARINA DA SILVA

NATURALIDADE DE CARIACAS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/4/1983

CERT. NASC. 5929 L. 607 F

ITAIPABA PACAJUS/CE

Francisco Chagas da Silva
ASSINATURA DO DIRETOR

14/02/2002

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

806.396.353-18

JOANA PAULA DA SILVA

22/04/1983



Copyright © 1999 by John Wiley & Sons, Inc.

[illegible]

00000000000000000000000000000000

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido e assinado por terceiros, sob o nome e como previsto na legislação vigente.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 006.396.353-18

Nome JOANA PAULA DA SILVA

Nascimento 22/04/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO




200201400125

19/2/2002

JOANA PAULA DA SILVA

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA E MAR

IA CATARINA DA SILVA

RUBENS-CE

CERT. NASC. 5929 L 407 F

02 ITAIPABA PACAJUS/CE

22/4/1983

DATA DE NASCIMENTO

Assinatura: *Joana Paula*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: *Joana Paula Da Silva*




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010822286049
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 02 COD. RENAVAM 467384142 RNTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2014

DIOMEDIO RODRIGUES COSTA

ARACOIABA/CE

CPF/CNPJ 89403541334

PLACA OII1294

PLACA ANT/UF *****/CE

CHASSI 93FCMACFBM007516

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/MOTO APIC

CASOLINA

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

KASINSKI/COMET 150 70

2011

2011

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0CV/149CC

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

***** **

//**

1ª *****

FAIXA I P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

2ª *****

***** **

3ª *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

ARACOIABA

LOCAL

Igor Ponte

DETRAN-CE



DATA

11/11/2014

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

CE Nº 010822286049 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 94 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISS

11/11/2014

VIA

02

CPF / CNPJ

89403541334

PLACA

OII1294

RENAVAM

467384142

MARCA / MODELO

KASINSKI/COMET 150 70

ANO FAB

2011

DATA

09

Nº CHASSI

93FCMACFBM007516

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO

COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

PROPRIETARIO
LOTE/DO SEGURO DPVAT

MOTOR: 93FCMACFBM007516

www.seguradoralider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221806 **Cidade:** Aracoiaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA PAULA DA SILVA **Data do acidente:** 25/02/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 04 // DOC PÁG. 02 // DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. FRANCISCO MARDONIO SALMITO DE ALMEIDA, CRM CE 4411, EM 18/06/2020, ACOSTADO NA PÁGINA 04.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171826/20

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

CPF: 006.396.353-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANA PAULA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOANA PAULA DA SILVA : 006.396.353-18

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: 22/06/2020
Nome: JOANA PAULA DA SILVA
CPF: 006.396.353-18

JOANA PAULA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Joana Paula da Silva

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casada

Profissão: do lar

Identidade: 2002014001125 CPF: 006.396.353-18

Endereço: Joaninha Alves de Oliveira Bairro: conjunto sôlon Lima verde

Cidade: Aracoiaba

CEP: _____

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Itamar Simão da Silva

Nacionalidade: Aracoiaba

Estado Civil: casado

Profissão: Garçon

Identidade: 3253110-97 CPF: 832982903-00

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: Aracoiaba

CEP: 62750.000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, _____.

Local: Aracoiaba

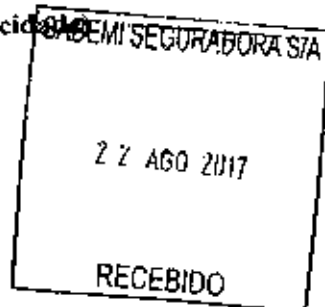
UF: CE

Data: 17 de 02

de 201 4

Joana Paula da Silva
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Joana Paula da Silva

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casada

Profissão: do lar

Identidade: 2062034001125 CPF: 006.396.353-18

Endereço: Joaninha Alves de Oliveira Bairro: conjunto Selva Lima Verde

Cidade: Aracoiaba CEP: 62.750-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Itamar Simão da Silva

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casado

Profissão: Gari

Identidade: 3253110-97 CPF: 832.982.903-00

Endereço: Rua Joaninha Alves de Oliveira Bairro: Selva Lima Verde

Cidade: Aracoiaba CEP: 62.750-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do EML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Joana Paula da Silva

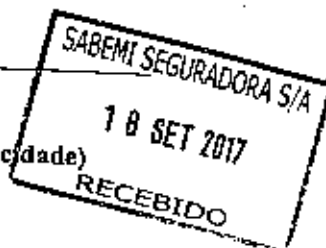
Local: Aracoiaba

UF: CE, Data: 21 de Febrero de 2017

Joana Paula da Silva

Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171826/20

Vítima: JOANA PAULA DA SILVA

CPF: 006.396.353-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANA PAULA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOANA PAULA DA SILVA : 006.396.353-18

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: 22/06/2020
Nome: JOANA PAULA DA SILVA
CPF: 006.396.353-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

JOANA PAULA DA SILVA

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA