



Número: **0810868-38.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **18/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANESSA PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38691296	25/01/2021 11:25	2779538_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241971

Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANESSA PEREIRA 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

Carta nº 15922163

Pag. 01713/01714 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241971

Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANESSA PEREIRA 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\$ 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%

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

Recebedor: **VANESSA PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000043**

Conta: **00000155992-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 083 744 794-65 4 - Nome completo da vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: VANESSA PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 083 744 794-65
7 - Profissão: SEMISSO 8 - Endereço: Rua MARCELO NUNES 9 - Número: 903 10 - Complemento: CASA
11 - Bairros: LUBAARDOS 12 - Cidade: PATOJ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58100-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 991319273

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, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote o número da agência)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 355 992 0
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

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 elevação 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (bebê(s)) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário reconhecida

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos-PB, 05/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

W0077019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:25:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511254483100000036890058

Número do documento: 21012511254483100000036890058



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 042064.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 042064.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 20:29 min do dia 03/07/2020, na Delegacia Online, VANESSA PEREIRA DA SILVA, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DO LAR, nascido(a) em 03/04/1989, idade 31, estado civil Solteiro (a), filho(a) de ANA MARIA PEREIRA DA SILVA e FRANCISCO BEZERRA DA SILVA, CPF 081.744.794-65, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Marluce Nunes, nº 901, complemento CASA, bairro Morro, na cidade de Patos/PB. CEP: 58703242, telefone(s) 83991422322, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 19/01/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA ODON NOGUEIRA, LIBERDADE, Patos/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 19/01/2020, por volta das 20h, conduzia motocicleta de marca/modelo HONDA BIZ 125, Placa QSC-9693/PB, RENAVAM: 0118638199-7, ano 2019, cor: CINZA, chassi: 9C2JC4830KR117923, Licenciada em nome de GEDEAN OSNI DA SILVA. Quando conduzia sua motocicleta do bairro liberdade em direção ao centro de Patos, na rua Odon Nogueira, próximo ao Detran, quando foi travado por um veículo de cor preta que bateu em sua lateral, tendo caído e socorrido para ao complexo Hospitalar Dep. Janduary Carneiro, nesta cidade de Patos, onde foi constatado fratura exposta de um dos membros inferiores.

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

Vanessa Pereira da Silva
VANESSA PEREIRA DA SILVA

CA170EA9E327B0E552FE145C7E462FC6
Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU: 3 - CPF da vítima: 083744794-65 4 - Nome completo da vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: VANESSA PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 083744794-65
7 - Profissão: SEMIJO 8 - Endereço: RUA MARCELO NUNES 9 - Número: 903 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: LUBIAZAPES 12 - Cidade: PATOJ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58100-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 991319273

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.002,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 355992 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (bebê(s))?: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário reconhecida
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a raso)
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a raso)
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a raso)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos-PB, 05/06/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

www.lider.com.br

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: 20/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANESSA PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000155992-0

Nr. da Autenticação 6198FE93F9F9C753



Num. 38691296 - Pág. 7



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

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200628834445

ESCRITÓRIO PATOS

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02883444.5

MATRÍCULA
02883444.5

CLIENTE
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:
081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
29/06/2020

INSCRIÇÃO
075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA ANTONIO BARRETO, 041 - JATOBA PATOS PB 58707-210

FATURA
06/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
LIGADO LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2020 -	1	04/2020 -	1
03/2020 -	6	02/2020 -	1
01/2020 -	2	12/2019 -	1
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	2	H 30 5332	

LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
73	73	2	33	0,07
15/05/2020	17/06/2020	N°Hm: Y18F162170		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ESGOTO	2 M3	30,33
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	04/2020	1,37
JUROS DE MORA	04/2020	0,27

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

TOTAL R\$ 69,88

SENHORES USUARIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVIRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PUBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2020

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,73	Cor Aparente	9,50	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,40	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 29/06/2020



MATRÍCULA
02883444.5

INSCRIÇÃO
075.010.405.0064.000

FATURA
06/2020

NÃO RECEBER APÓS
30/06/2021

VENCIMENTO 29/06/2020

VALOR R\$ 69,88

GRUPO: 560

FIRMA: 2

82670000000-1 69880010075-3 02883444501-8 06202030003-4

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:25:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511254483100000036890058>
Número do documento: 21012511254483100000036890058

Num. 38691296 - Pág. 8

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 0444

SAC (para requerimientos e sugerencias): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos o dafóbicos): 0800 022 12 06 | Central Cuñadoría: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 145/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECANEB/DOCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=20636>

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

A recusa em fornecer as informações da profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP².

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, PENSÃO, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CDAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSCITADAS DE ATIVIDADES LICITADAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.637/98.

Peio exposto, eu JOE WELINGTON NUNEY BANDURA.

inscrito (a) no CPF/CNPJ 042689554 23 na qualidade de Procurador (s) / Intermediário (a) do Beneficiário

VANESSA PEREIRA DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.744.799/52

da sinistro de DPVAT cobertura INDENIZACAO da vítima VANESSA GEMELLI DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 083.744.794, 65 anos, conforme determinação da Circular SUSEP 445/12;

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

Recess Informer

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA ANTONIO BARNES		Número: 101	Complemento: casa
Bairro: MONTE CASTELO	Cidade: TATÓI	Estado: PB	CEP: 58407-180
E-mail:			Tel. (DDD): 683/98131-7278

Local e Data: Paroís-PB, 05/04/2020

Major Wellington Lewis Johnson

Assinatura do Declarante



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:25:44

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511254483100000036890058>

Número do documento: 21012511254483100000036890058

Num. 38691296 - Pág. 9



FICHA DE INTERNAÇÃO

AUXÍLIO

INTERNAÇÃO	89840	PRONTUÁRIO	45168
DATA	19/01/2020	HORA	20:17
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	WRAMALHO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	VANESSA PEREIRA DA SILVA	IDADE	30a 9m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	ANA MARIA PEREIRA DA SILVA		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO BEZERRA DA SILVA		
CIDADE	PATOS PB 56703195		
ENDEREÇO	TRAVESSA ODOM NOGUEIRA 392		
BAIRRO	LIBERDADE		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE		CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	04/04/1989	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	VENDEDORA

RESPONSÁVEL VANESSA PEREIRA DA SILVA Ass. Resp./Paciente Voluntária existia Paciente da mãe

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

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentando fratura de ossos da perna D e fratura exposta em pé D.

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

Apresenta dor, deformidade e limitação em M.D.

Dr. Leonardo Monteiro
Otorrinolaringologista
CRM 104470/2019

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Fratura de M.D CID _____

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

MÉDICO/CRM

Data 21/01/20 Hora 07 H 00 Min

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



Nome do Paciente: <u>Ranessa Pereira da Silva</u>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <u>19/11/2020</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Leonardo</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Fernando Lucá</u>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <u>Dr. Jilichion</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório:		
<u>Fratura exposta de pé D + Fratura de diafrase da tíbia D.</u>		
Tipo de Cirurgia:		
<u>Fixação de fratura da tíbia e pé + limpeza cirúrgica</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório:		
<u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia raquimedular
2. Anestesia e Antissepsia
3. Colocação de gesso
4. Limpeza extensiva
5. Exposição de campos cirúrgicos
6. Incisão em região medial do MID
7. Visualização da face da fratura e redução
8. Colocação de placa DCP em tíbia D com 3 parafusos distais e 3 parafusos proximais
9. Fechamento por planos com Vicryl 3.0 + Nylon 2.0
10. Redução de fratura de 1º metatarso + fixação com Jux K.
11. Perda de continuidade de tendões extensores dos dedos do pé D, impossibilitando a tenossinquia
12. Sutura por planos em pé D
13. Limpeza de FO
14. Curativos

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dr. Leonardo Monteiro
CRM 12.125.44831-1
Orculato e Freire
19/11/2020



PACIENTE: <u>Leonessa Pereira da Silva</u>				
QT:	LEITO:	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>30</u>	REGISTRO: <u>45168</u>
CIRURGIA: <u>Frot e ing frot vesp MED</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr Leonardo</u>	
ANESTESIA: <u>Raspa</u>			ANESTESISTA: <u>Dr Glederson</u>	
INSTRUMENTADORA:		DATA: <u>19/01/2020</u>	INÍCIO: <u>22:10</u>	FIM: <u>24:00</u>



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
8	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
8	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
8	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain <u>procto</u>	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Haloteno	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestasín a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	8	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar	8	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	8	PVPi Tintura
1	Dimorf	8	Gases
	Lanexat 0,5 ml	1	Algodão 4x4 cm <u>Algodão 4x4 cm</u>
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmíne		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropine		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dital <u>oximetop</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plast <u>ondoltop</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esperin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 s/ agulha <u>nylon 3-0</u>		Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 s/ agulha <u>nylon 3-0</u>		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Proleno 2-0 c/ agulha
	Proleno 0 c/ agulha		





PEDIDO DE VENDAS

²

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105	2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114	2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123	2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132	2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141	2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150	2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159	2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168	2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177	2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186	2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195	2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204	2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213	2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222	2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231	2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240	2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249	2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258	2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267	2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276	2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285	2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294	2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303	2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312	2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321	2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330	2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339	2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	2348	2349	2350	2351	2352	2353	2354	2355	2356	2357	2358	2359	2360	2361	2362	2363	2364	2365	2366	2367	2368	2369	2370	2371	2372	2373	2374	2375	2376	2377	2378	2379	2380	2381	2382	2383	2384	2385	2386	2387	2388	2389	2390	2391	2392	2393	2394	2395	2396	2397	2398	2399	2400	2401	2402	2403	2404	2405	2406	2407	2408	2409	2410	2411	2412	2413	2414	2415	2416	2417	2418	2419	2420	2421	2422	2423	2424	2425	2426	2427	2428	2429	2430	2431	2432	2
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	---

NF №

Prontuário

Hospital	Vendedor
Paciente	Data 19/11/2019
Médico	Instrumentador
Procedimento	Convênio

[illegible]

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbó - Camaragibo/PE - CEP 54765-158

PHONE: (81) 3129-2456 . . . E-mail: cromastale@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 6574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Vermelha - Comercial



TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Nome do Paciente Renata Pereira da Silva RG _____

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

Data da realização ____/____/____

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

Pai(s) _____ de _____ de _____

Suelio cristina Pereira da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

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



Hospital Regional de Patos - RX

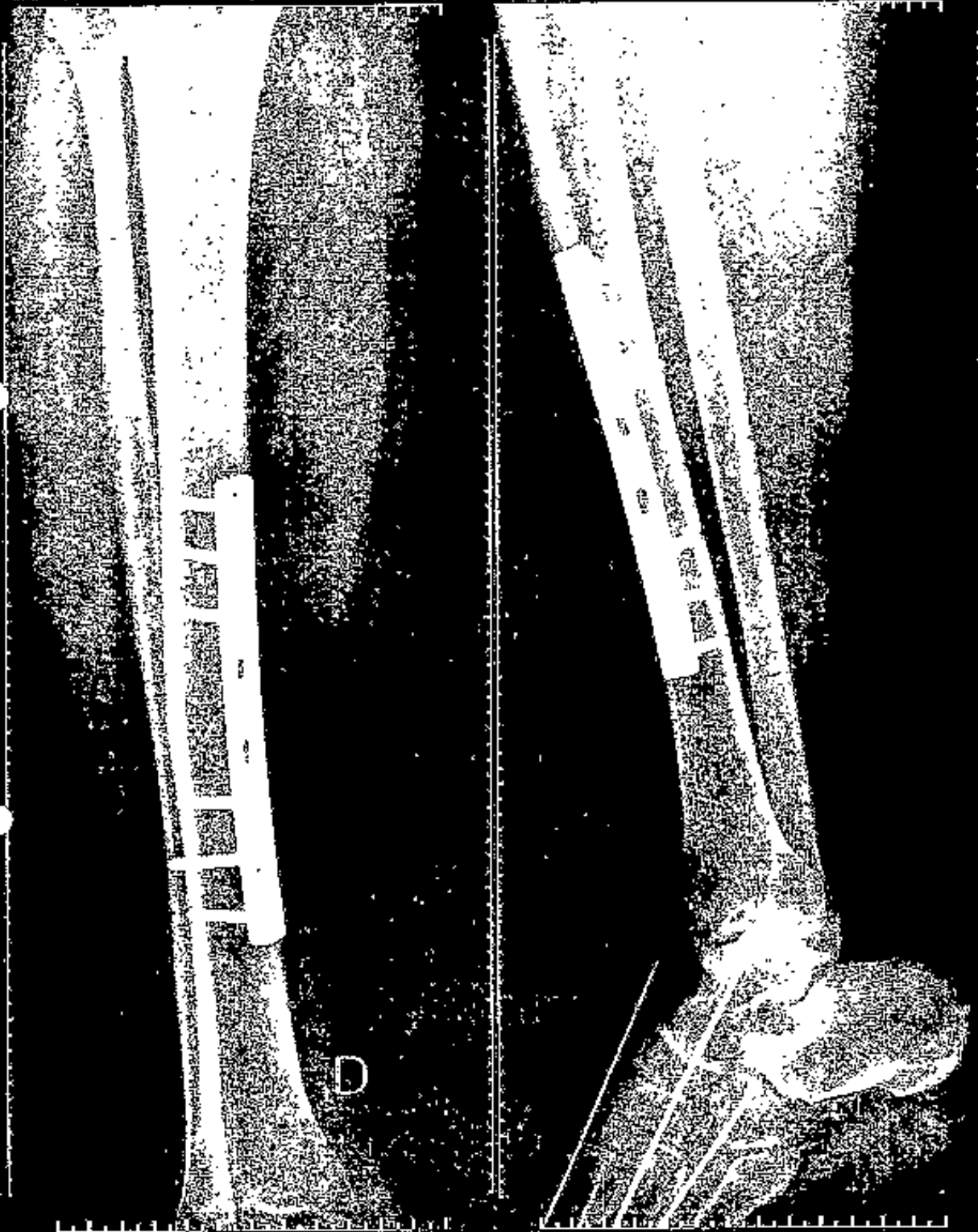
00000644245

68 %

El_s:248 00000644245

65 %

El_s:751



Pê Lateral

20/Jan/2020 16:48:19

Pê Os Dóis Pê AP

20/Jan/2020 16:48:59

00000036285

VANESSA PEREIRA DA SILVA, *4/Ab/1989



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:25:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511254483100000036890058>

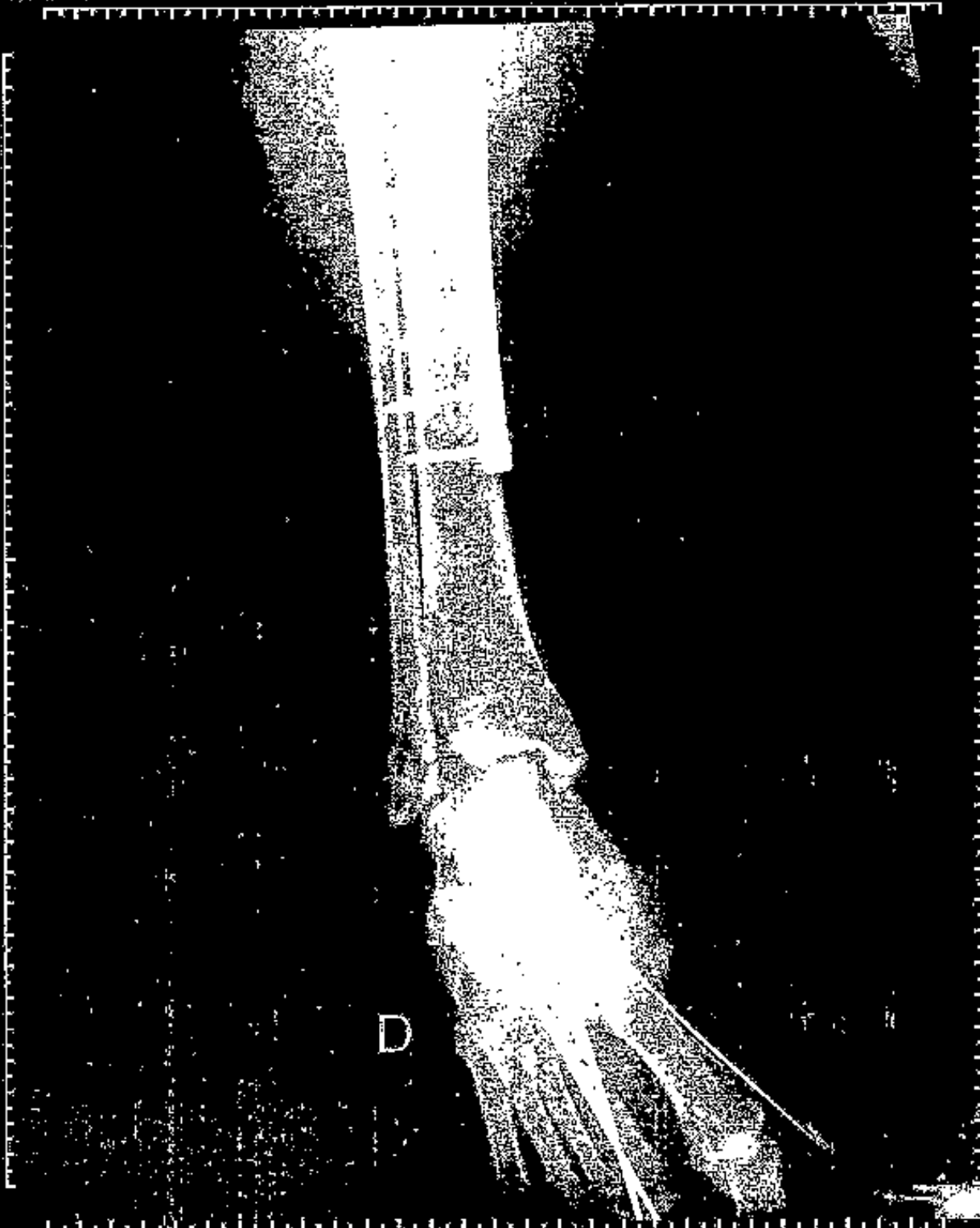
Número do documento: 21012511254483100000036890058

Hospital Regional de Patos - RX

000000644245

67%

El_s:991



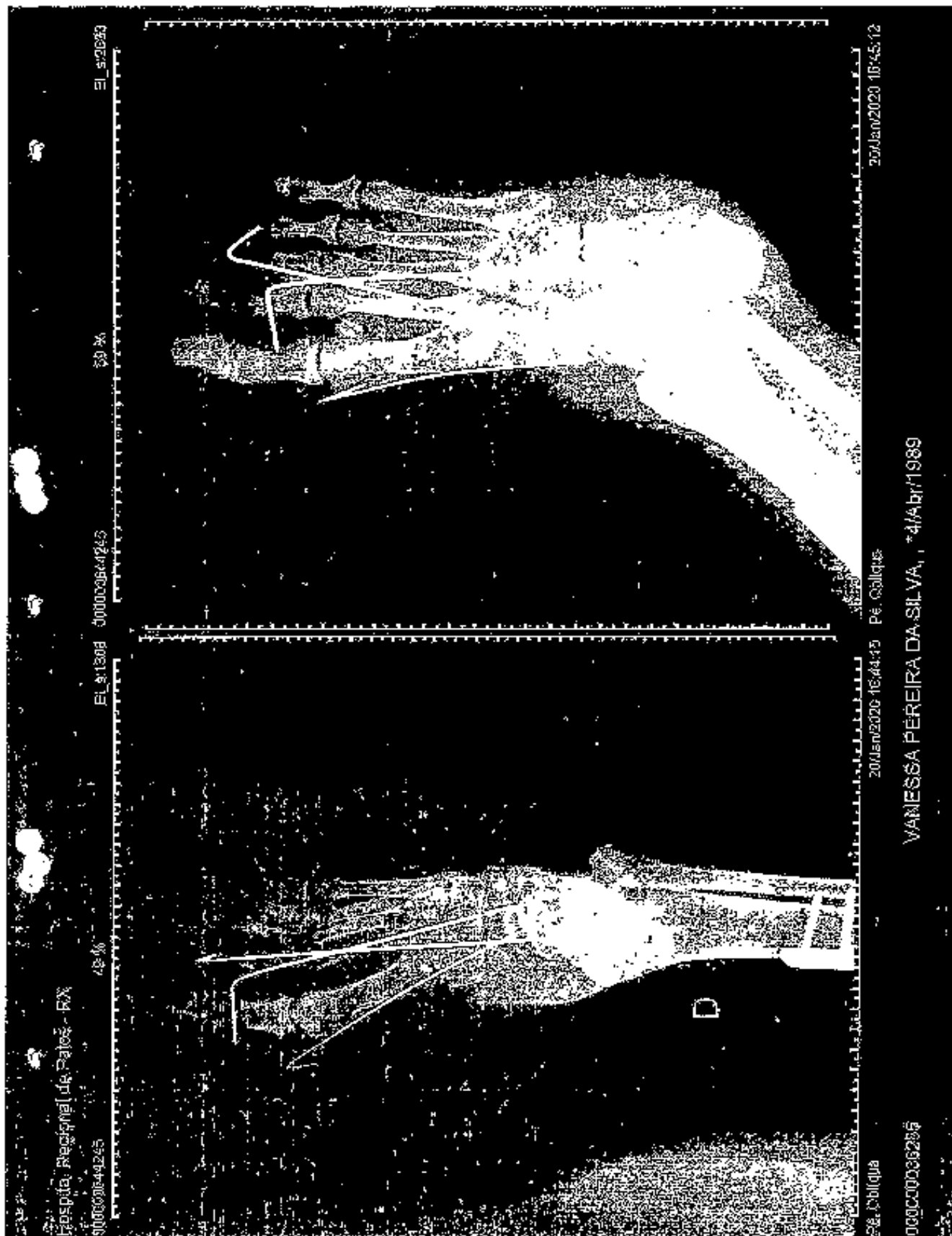
Re AP

20/Jan/2020 16:42:00

000000644245

VANESSA PEREIRA DA SILVA, 31/ABR/1989





Hospital Regional de Patos - RX

0000000044245

48%

EL 81308 0000000044245

50%

EL 51083

Pé. Ollipe

20/Jan/2020 16:44:15 Pé. Ollipe

20/Jan/2020 16:45:12

0000000044245

VANESSA PÉREIRA DA SILVA, *4/4br1989





Hospital Regional de Patos - RX

00000643750

95%

El_s:69 00000642750

95%

El_s:65



Tórax, Lateral

19/Jan/2020 16:25:10

Tórax, Lateral

19/Jan/2020 13:25:24

0000064285

VANESSA PEREIRA DA SILVA, *4/Abr/1989



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:25:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511254483100000036890058>

Número do documento: 21012511254483100000036890058

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Valéria Pereira de Jesus
portador(a) da identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10

S82.2
devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de 90 dias, a
partir desta data. (noventa)

Patos 21/10/2020

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo o(a) Dr.(a) _____
a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao processo de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n - Belo Horizonte 58704-600 Patos PB
Fone 83 3423.2741



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 89840
DATA 19/01/2020 HORA 20:17 PRONTUÁRIO 45168
MÉDICO LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO OPERADOR WRAMALHO
PACIENTE VANESSA PEREIRA DA SILVA IDADE 30a 9m
RESUMO CLÍNICO:

1º intern- de trauma-
em MJD

DIAGNÓSTICO: fratura exposta húmero ① e fratura do fêmur tibia ② (fechada)
CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- Debridamento com placa e parafusos tibia ②
- Fixação "frax" 12" em húmero ①

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Cuidados de ferida + Reforço + Retorno 11 15 dias

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar
() Transferência para

PATOS/PB, 21 DE 03 DE 2020

HORA DA ALTA MÉDICA: 07:00h

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CMA-PB 7519



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2695763 SSP PB

CPF
 042.629.554-43

DATA NASCIMENTO
 14/08/1981

FILIAÇÃO
 GERALDO BARBOSA
 CLAUDINO
 MARIA DA GUIA NUNES
 BARBOSA

PERMISSÃO
 []

ACC
 []

CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 04264568135

VALIDADE
 23/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
 27/12/2007

OBSERVAÇÕES

Jose Wellington Nunes Barbosa
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 PATOS, PB

DATA EMISSÃO
 26/05/2017

Assinatura do Emissor
 ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

14800564630
PB034694013

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1474594799

PROIBIDO PLASTIFICAR
1474594799



Número do documento: 21012511254483100000036890058

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241971 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA;
FRATURA EXPOSTA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEBILIDADE 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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: VANGRA PEREIRA DA SILVA, CPF 083.744.794-65 e RG 3408835, Órgão emissor JF-PB, Est. Civil Recluso, profissão Recluso, Endereço RUA MARLICE NUNES, 906 bairro LIBERDADE cidade de PATOS - PB, CEP nº 58400-000.

OUTORGADO: JOSÉ WELINGTON NUNES BARBOSA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG 2695763 SSP/PB e CPF nº 042.629.554-43, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

VÍTIMA: VANGRA PEREIRA DA SILVA.
CPF: 083.744.794-65, data acidente 29 / 01 / 2020
cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DADS () Morte

Local e data: PATOS-PB 05/06/2020

VANGRA PEREIRA DA SILVA
OUTORGANTE

REPRODUÇÃO FIANÇA POR AUTENTICAÇÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189456/20

Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA

CPF: 081.744.794-65

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANESSA PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA : 042.629.554-43

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

VANESSA PEREIRA DA SILVA : 081.744.794-65

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: 08/07/2020
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/07/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

MARCOS AURELIO VIDAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241971 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANESSA PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 19/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA;
FRATURA EXPOSTA DO 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEBILIDADE 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

