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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000011714-1

Nr. da Autenticação D65F090B8981742A

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000011714-1

Nr. da Autenticação FD2A21BB227EBACC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÕ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1
SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do acidente: 04/09/2019

CPF: 396.353.764-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

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

OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA : 396.353.764-72

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 16/12/2019	Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA	Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 048.720.414-02	CPF: 619.395.799-53
CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA	JANE APARECIDA COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÕ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG 07/08_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÕ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG 07/08_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544 **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 04/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

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

Pag. 00005/00006 - carta_01 - INVALIDEZ

00030003

Carta nº 15266492

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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544 **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 04/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000003518**
Conta: **0000011714-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01319/01320 - carta_15R - INVALIDEZ
00020660

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
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

Pag. 00353/00354 - carta_02 - INVALIDEZ
00030177

Carta nº 15453234

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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544 **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 04/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

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$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R$ 2.531,25

Recebedor: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 843,75**
Banco: **104**
Agência: **000003518**
Conta: **0000011714-1**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00577/00578 - carta_30 - INVALIDEZ
00020289

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima:
4 - Nome completo da vítima:

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: Otavio Domingos de Oliveira
6 - CPF: 596.353.764-72
7 - Profissão: não informado
8 - Endereço: Sítio Jaleca
9 - Número: S/N
10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural
12 - Cidade: Ricardo dos Casados
13 - Estado: Paraíba
14 - CEP: 58 870-000
15 - E-mail: –
16 - Tel.(DDD): (83)9.9833-0973

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

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

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5518 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 11714 1 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catolé do Rocha 09-12-2019

Otavio Domingos de Oliveira
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Clemildamaria de Sous
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

SDS 001 V002/2010

CAIXA
POUPANÇA
4392 6718 2593 0833
VISA
OTAVIO DOMINGOS OLIVEIRA
3518 013 00011714-1
10/24

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190701544
Nome do(a) Examinado(a): Otavio Domingos de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Sitio Jaleco, S/N
Area Rural Riacho dos Cavalos PB CEP: 58870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO /]
Data local do acidente: [04/09/2019]
Data local do exame: [07/02/2020] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, ANTIBIOTICOTERAPIA E IMOBILIZAÇÃO. NO DIA 11/09/2019 FOI SUBMETIDO A TOMOGRAFIA DEVIDO A GRAVE ACOMETIMENTO ARTICULAR EVIDENCIANDO FRATURA FRAGMENTADA DA REGIÃO MEDIA EPIFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ALÉM DE DERRAME ARTICULAR IMPORTANTE. NO DIA 26/09/2019 FOI REALIZADO FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 4.5 MM CONVENCIONAL COM PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.
Data da Alta: 27/09/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM
BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°
ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II

Caso a resposta do item V seja "“Não"”, concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio **(X) 75% intensa** ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de Catolé do Rocha

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1089/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTO**
Data do fato: **04/09/2019** hora: **19h20min**

Notificante: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**, alcunha "***", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB, nascido em 27/12/1964, documento: CPF N° 396.353.764-72 RG N° 983.392-SSP/PB, filho de Jacira Maria de Oliveira e de Sebastião Felipe de Oliveira, endereço: Sítio Jaleco-Zona Rural de riaho dos Cavalos-PB, referência: 83-99833-0973.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: HOMERO PERAZZO FILHO

Vítima: ***, alcunha "***", Nacionalidade: ***, naturalidade: ***, idade: ** ***, nascido em **/**/***, cor/raça: *******, Estado Civil: **********, Profissão: ***, Escolaridade: *******, documento: ***, filiação: *** e de ***, endereço: ***** ***, referência: ***. Tel/Cel:(**) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE,em data de 04/09/2019, ás 19h20min, conforme ficha de atendimento médico/ambulatorial do Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, onde consta que este notificante foi vitima de acidente com moto, quando conduzia sua moto de marca HONDA/CG 150 TITAN KS,de cor preta, ano/modelo 2009/2009, CHASSI N° 9C2KC15109R033476, de placas MON-3103/PB, registrada em nome de JANDIVAN CARNEIRO DE ANDRADE, portador do CPF n° 041.861.954-98, pela via urbana de nome Rua do alto situada na cidade de riacho dos Cavalos-PB, foi deixar sua esposa em uma clinica para realizar um sessão de fisioterapia, e no retorno para sua residencia, quando foi surpreendido por um veiculo puxando um reborque que atravessou na frente deste notificante onde veio a colidir no reboque senso jogado de cima de sua moto, onde houve uma fratura exposta da perna esquerda em vários locais, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, devido a gravidade do acidente, foi transferido para o Hospital Regional da cidade de sousa, onde passou por procedimentos hospitalares.Por esse motivo comunica o fato e pede providencias. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha , 13 de novembro de 2019. Às 15:50 horas.

Otavio Domingos de Oliveira

☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0

3ª Delegacia Regional de Polícia Civil - Catolé do Rocha -

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima:
4 - Nome completo da vítima:

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: Otavio Domingos de Oliveira
6 - CPF: 596.353.764-72
7 - Profissão: não informado
8 - Endereço: Sítio Jaleca
9 - Número: S/N
10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural
12 - Cidade: Ricardo dos Casados
13 - Estado: Paraíba
14 - CEP: 58 870-000
15 - E-mail: –
16 - Tel.(DDD): (83)9.9833-0973

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

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

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5518 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 11714 1 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catolé do Rocha 09-12-2019

Otavio Domingos de Oliveira
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Clemildamaria de Sous
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

SDS 001 V002/2010

CAIXA
POUPANÇA
4392 6718 2593 0833
VISA
OTAVIO DOMINGOS OLIVEIRA
3518 013 00011714-1
10/24

VALTELIA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA
SIT JALECO, S/N / SIT. JALECO - AREA RURAL
RIACHO DOS CAVALOS / PB CEP: 58870000 (AG: 345)

energisa

Ligação: MONOFASICO
Cla/Sbc: RE3 MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 18 - 248 - 487 - 2630 Referência: Out / 2019
Vencimento: 31/10/2019 Emissão: 24/10/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.153/0001-40 Insc. Est. 16.010.420-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.173.900
Chave para Deb. Automático: 00000 46 48 79

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	24/10/2019	25/11/2019	910.473.584-68

Pisc. Ent.:

UC (Unidade Consumidora): 5/646487-9

Canal de contato

Barcanga é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
24/09/19	128	24/10/19	195	1	67	30

Demonstrativo

CO	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributo	Valor(R$)	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc. Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (0,00%)	Cofins(R$) (0,00%)
0801	Consumo em kWh									
0801	Adic. B Vermelha	67,000	0,775790	51,97	51,97	25	12,99	51,97	0,43	2,00
0801	Adic. B Amarela			0,73	0,73	25	0,18	0,73	0,01	0,03
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			1,15	1,15	25	0,29	1,15	0,01	0,04
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			13,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2019			0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2019			0,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 09/2019			-2,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL			66,51	53,85		13,46	53,85	0,45	2,07

CO: Código de Classificação de Item
Tarifa s/ Tributos: 0,646400

Média Unidade Mês (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
39	31/10/2019	R$ 68,51

Histórico de Consumo (kWh)

Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19
26	50	28	28	38	54	44	38	33	28	10	55

RESERVADO AO FISCO

b1c1.e28e.c45c.f3fc.eceb.dcc8.b4c4.f9e4

Indicadores de Qualidade (1/2019 - Sem Bandeira)

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	11,69	0,00
DIC TRIMESTRAL	23,18	
DIC ANUAL	46,35	
FIC MENSAL	7,87	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,34	
FIC ANUAL	30,67	
DMIC	8,32	0,00
DICRI	16,60	

Limite de Tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia(R$)	14,48	21,15
Compra de Energia	19,06	27,81
Serviço de Transmissão	2,15	3,14
Encargos Setoriais	2,16	3,16
Impostos Diretos e Encargos	30,66	44,74
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,53	100,00

Valor em R$/kWh (Ref. 8/2019) R$ 0,07

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07877.923172 8 80590000006851

PAGADOR: VALTELIA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA - CPF/CNPJ: 910.473.584-68
SIT JALECO, S/N / SIT JALECO - AREA RURAL - RIACHO DOS CAVALOS

Nosso No:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUS,

RG nº 002.309.898, data de expedição 10/07/2019, Órgão SSP/RN,

CPF Nº 048.720.414-02,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)	RUA AUSTOR GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	(83)9.9936-1763 / 9.9833-0973
E-mail	jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLEÉ DO ROCH-PB 05 / 10 / 2019

Assinatura do Declarante: Clemilda maria de Sousa

Seguradora LÍDER

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 indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Clemilda maria de Sousa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.720.414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Otavio Domingos de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Otavio Domingos de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: não informado Renda: 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: Rua Luster Gonçalves Diniz		Número: 445	Complemento: casa
Bairro: Imaculada Neves	Cidade: Catolé do Rocha	Estado: Paraíba	CEP: 58 884-000
E-mail: –			Tel.(DDD): (83) 9.9833-0973

Local e Data: Catolé do Rocha - 09 / 12 / 2019

Clemilda maria de Sousa

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: Nº 983.391 SSP/PB, residente e domiciliado no Sitio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vitima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

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

Giula Darllen de F. R. Monteiro
Diretora Geral
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

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

GOVERNO DA PARAÍBA | vivaz o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**
Mae: JACIRA MARIA DE OLIVEIRA
Nascimento: 27/12/1964 Idade: 54 Cor: PARDA Sexo: M
Profissao:
Endereco: SITIO JALECO Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)9996-9113
Cidade: RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804
CNS: 700-0090-4244-0907 Identidade:
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 04/09/2019 19:36:41 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 93857 31634

SPO 2:_____ FC:_____ TEMP.:_____ HGT:_____ PA:_____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTO EM RODOVIA. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII, DOR E EDEMA EM JOELHO E

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS 99

① RX = FRATURA E
② VOLTAGEM Y = 37 SIM
③ OSTEITRONS 19 = 2mm + 1mm
④ IMOBILIZAÇÃO

☐ 01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA CARÁTER DO ATENDIMENTO
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO DOR E EDEMA FRATURA E

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
☐ 1.PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0301060006-1								
2 -	0	4	0	1	0	1	0	0	5	8
3 -									

Dr. Carlos Antonio de S. Nunes
MÉDICO
CPF: 034.332.804-60
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns: CARLOS ANTONIO DE SOUSA NUNES - 9764-PB - 703-6060-4149-5135
CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL
X Odulpa da Silva R. Andrade
Polagar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Leito: _____

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
04/09/19	19:40	Paciente admitido neste setor hospitalar, vítima de acidente de moto (colisão com veículo que estava parado) com fratura e ferimento contuso no joelho (E). Foi realizado limpeza, Raio X, sutura e curativo e medicado c/ M. Em seguida foi liberado pelo médico.	Thayanna T. S. Gomes ENFERMEIRA COREN/PA 1706

Data	Hora	Evolução Técnico de Enfermager	Assinatura

SINAIS VITAIS

Data	Hora	PA	Spo2	FC	FR	HGT	Temp.

MAT.: 134.455

e: Otaciro Domingos de Oliveira Bloco: Apt.º: Leito:
: 27/12/69 Est. Civil: Resp.: Valdenizia do Nascimento Oliveira
: Pitio Joaquim Cidade: Riacho dos Cavalos Est.: PB
ico Assistente: Dr. Diego Clínica: Cirúrgica Ortopedia.
da Internação: 05/09/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

AMNESE:

ixa Principal: Dor em joelho E.

ória da Doença Atual: Paciente vítima de acidente motociclístico dia 04/09/19 à 18h. Tendo trauma em joelho esquerdo.
Queixando de dores locais e impossibilidade de andar e carga MIE.

ME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15
NVE.
edema +1+ joelho E.
flictema.
Sutura em 3. proximal tíbia E.
curativo seco - limpo.
Tolo inguino podálica

GNÓSTICO:

limento: FRATURA PLANO TIBIAL E. (Exposto).

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 15149

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 **CNPJ/CPF:** 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180.
MUNICIPIO: SOUSA **ESTADO:** PARAÍBA **UF:** PB

PACIENTE: Otoniel Domingos de Oliveira
SUS: 700 0090 42 44 0407 **IDADE:** 54 **SEXO:** M **RAÇA:**
DATA NASC: 27/12/64 **PROFISSÃO:** Aposentado
ENDEREÇO: Rua: Pitio Feio
BAIRRO: Zona Rural **MUNICIPIO:** Riacho dos Cavalos
ESTADO: PB **CEP:** . . **DOCUMENTO:**
DATA DO ATENDIMENTO: 05/09/19 **COD. MUNICIPIO:** . .
CONTATO ( ) . . **Mãe**
Acompanhante:

ANAMNESE E EXAME FISICO SUMÁRIO:
Paciente deu entrada no HRS proveniente de Coremé de Rocha em Regulação de Vaga com história de acidente motociclístico dia 04/09/19 às 18h.
Foi realizado sutura de ferimento em antebraço e proximal tíbia (perna) esquerda e colocado tala.
Hoje encaminhado a Regulação.

Ex: BEG, GASGOW 15 ulemo ++1cm dello e.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS
pulso P. s/ sinal trp ulcer.
INV P. FCC sutureado s/ necrose

RESULTADOS
cl wrafuo sup - sangue.
flictena necrose.

MATERIAIS – MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS
1. RX. seguimento.
2. internação
3. ATB
4. Orientado de infecção tempo do fratura.
5. imobilização

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BASICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:
- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGENCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICUL
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA,
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊCIA PARA OUTRA U
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊCIA PARA OUTRA UNI

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

☐ 01- PRESCRIT ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERN ☐
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐

SERVIÇÕES REALIZADOS

CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

Recepcionista:
Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 10932 TEOT. 25149
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) – CARIMBO(S

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL POLEGAR
Adelson da Silva Andrade.

ASS. DO REVISOR TÉCNICO – CARIMBO ASS.DO REVISOR ADMINISTRATIVO

HRS
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Otávio Domingos de Oliveira Idade: 54a Cor: Enfermaria: 03 Leito: 02 Categoria: Ortopedia

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
9/1	1) Dieta livre		Regular n. dor
07/	2) Sf 0,9 (manutenção)	F2 F2	Ro - Sem
	3) Cefazolina 1g IV 8/8h.	14 22 06	
153	4) Dipirona 2mg IV 6/6h	16 22 04 10	Pun x as refeições
	5) Tenoxicam 20mg IV 12/12h	22 10	
	6) Ranitidina 50mg IV 8/8h	6/10	
	7) Omeprazol 40mg IV 1x/dia	06	
	8) curativo		
			Solicito Dra. Coralle

Dr. Antonio Soares de Brito
MÉDICO - CRM 2125
CIC 059.741.104-...

Gráfica Bento Freire - Código 1456

Enfermaria: HRS

Nome do Paciente: Otávio Dantas de Oliveira

Nº Prontuário: 134455

Data Operação: 06/09/19 | Enf. | Leito

Operador: Daniel Braga | 1.º Auxiliar

2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar | Instrumentador

Anestesista: Reilta | Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta platô tibial ⊗

Tipo de Operação: LMC + FE

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante a Operação:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Parecer e DOI
- Anestesia e anti-sepsia
- Aposição de campos estéreis
- Limpeza exaustiva com Clorexidina degermante + SF 0,9%
- Aposição de fixador externo transarticular
- Limpeza
- Curativo

Dr. Daniel B. Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Hospital: HRS

Nome do Paciente: Otávio Domingos de Oliveira | Nº Prontuário: 134455

Data Operação: 26/9/19 | Enf. | Leito

Operador: Dr. TIAGO | 1.º Auxiliar: Dr. DIEGO

2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar | Instrumentador

Anestesista: Dr. Alberi | Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA Exposta platô tibial (E).

Tipo de Operação: Osteossíntese platô tibial (E).

Diagnóstico Pós Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Vísceras

Pcte DDHP Raquianestesia
Anepsia e antissepsia
garrote MSE.
Incisão em duplo via sulco (E) lateral
e anteromedial.
Dissecção por planos
Redução da fratura e fixação c/ duas
placas lateral e medial.
estabilização
Sutura do T. patelar (E) - tinha ruptura
Limpeza FO.
Sutura por planos
Curativo estéril
Retirado garrote
Pcte acordado ao final

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-DF 15149

Relatório Médico

Paciente **Otavio Domingos de Oliveira**, 55 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x reboque) no município de Riacho dos Cavalos– PB no dia 04/09/2019 com BO de número 1089/2019.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura exposta no platô tibial esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a limpeza + procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em ossos do joelho esquerdo com redução + fixação com colocação de fixador externo por um período de 20 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada do fixador externo + colocação de fixação com 01 placa de titânio + parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 20/01/2020.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Joelho esquerdo apresenta múltiplas cicatrizes extensas localizado na face anterior do mesmo (Cicatrizes do fixador externo + acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia no **MIE**. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do joelho esquerdo.

Sousa, 22.01.2020

Drª Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

Do exposto, concluo que há limitação em 75% da capacidade funcional do MSD + hemitorax direito. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 22.01.2020

Drª Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM/PB-5445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 5445 - PB

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: Nº 983.391 SSP/PB, residente e domiciliado no Sitio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vitima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

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

Giula Darllen R. R. Monteiro
Diretora Geral
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

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

GOVERNO DA PARAÍBA | vivaz o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**
Mae: JACIRA MARIA DE OLIVEIRA
Nascimento: 27/12/1964 Idade: 54 Cor: PARDA Sexo: M
Profissao:
Endereco: SITIO JALECO Num.:
Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)9996-9113
Cidade: RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804
CNS: 700-0090-4244-0907 Identidade:
CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 04/09/2019 19:36:41 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA
Ficha Número: 93857 31634

SPO 2:_____ FC:_____ TEMP.:_____ HGT:_____ PA:_____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima acidente moto em rodovia. Apresenta escoriações em MMSS e MMII, dor e edema em joelho E.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS 99

Rx = joelho E
Volante y = 3P sim
Ortopedista = [illegible]
Imobilizar

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [x] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO Dor e edema joelho E

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
[ ] 1.PRESCRITA	[ ] OBSERVAÇÃO	[ ] RESIDÊNCIA	[ ] INTERNAÇÃO
[ ] 2. APLICADA	[ ] OUTRO HOSPITAL	[ ] ÓBITO	[ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0301060061
2 - 0 4 0 1 0 1 0 0 5 8
3 -

Dr. Carlos Antonio de S. Nunes
MÉDICO
CPF: 034.332.804-60
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns
CARLOS ANTONIO DE SOUSA NUNES - 9764-PB - 703-6060-4149-5135
CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL
X Odulza da Silva B. Andrade
Polagar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
04/09/19	19:40	Paciente admitido neste setor hospitalar, vítima de acidente de moto (colisão com reboque que estava parado) com fratura e ferimentos contuso no joelho (E). Foi realizado limpeza, Raio X, sutura e curativo e medicado c/ M. Em seguida foi liberado pelo médico.	Thayanny T. S. Gomes ENFERMEIRA COREN/PB

Data	Hora	Evolução Técnico de Enfermager	Assinatura

SINAIS VITAIS

Data	Hora	PA	Spo2	FC	FR	HGT	Temp.

MAT.: 134.455

e: Otaciano Romualdo de Oliveira Bloco: Apt.º: Leito:
: 27/12/69 Est. Civil: Resp.: Valdenizia do Nascimento Oliveira
: Pitio Joaquim Cidade Riacho dos Cavalos Est.: PB
ico Assistente: Dr. Diego Clínica: Cirúrgica Ortopedia.
da Internação: 05/09/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

AMNESE:

ixa Principal: Dor em joelho E

ória da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente motociclístico dia 04/09/19 a 18h. Tendo trauma em joelho esquerdo.

Queixando de dores locais e impossibilidade de andar e carga nula.

AME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15

NVE

edema +1+ joelho E.

flictema.

Sutura em 3. proximal tíbia E.

curativo seco - sujo.

Tala inguino podálica

GNÓSTICO:

limento: FRATURA PLANO TIBIAL E. (Exposto).

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 15149

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613470 **CNPJ/CPF:** 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B. GATO PRETO Nº 433 CPF: 58.802.180.
MUNICIPIO: SOUSA **ESTADO:** PARAÍBA **UF:** PB

PACIENTE: Otoup, Domingos de Oliveira
SUS: 700 0090 42 44 0403 **IDADE:** 54 **SEXO:** M **RAÇA:**
DATA NASC: 27/12/64 **PROFISSÃO:** Aposentado
ENDEREÇO: Rua: Sítio Cajeiro
BAIRRO: Zona Rural **MUNICIPIO:** Riacho dos Cavalos
ESTADO: PB **CEP:** **DOCUMENTO:**
DATA DO ATENDIMENTO: 05/09/19 **COD. MUNICIPIO:**
CONTATO ( ) **Mãe**
Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FISICO SUMÁRIO:
Paciente deu entrada no HRS proveniente de Catolé do Rocha com Regulação de vaga com história de acidente motociclístico dia 04/09/19 às 18h.
Foi realizado sutura de ferimento em antebraço e proximo tibia (perna) esquerda e colocado Tala.
Pde encaminhado a Regulação.

Ex: BEG, GASGOW 15 ulmo 11/14 Pollo C.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS
Pulso C. s/ sinais trp/ uuss.
Nv C. FCC sutureado s/ necrose

RESULTADOS
c/ curativo s/p - seque.
flictenas secas.

MATERIAIS – MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS
1. Rx. seguimento.
2. Internação
3. Atb
4. Orientado de infecção tempo da fratura.
5. imobilização

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BASICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:
- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA /EMERGENCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICUL
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊCIA PARA OUTRA U
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊCIA PARA OUTRA UN

MEDICAÇÃO ENCAMINHAMENTO

☐ 01- PRESCRITA ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERN ☐
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐

SERVIÇÕES REALIZADOS

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO	IDADE

Recepcionista:
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 TEOT. 25209

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) – CARIMBO(S

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL **POLEGAR**
Adelsa da Silva Andrade

ASS. DO REVISOR TÉCNICO – CARIMBO **ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO**

HRS
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Tânio Domingos de Oliveira Idade: 54a Cor: Enfermaria: 03 Leito: 02 Categoria: Ortopedia

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
27/	1) Dieta livre		Segue n. dia
07/	2) Cs 03 (manhã)	F2 F2	Ro - Sem
	3) Cefazolina 1g IV 8/8h.	14 22 06	fim x os relevantes
1/53	4) Dipirona 2mg IV 6/6	06 12 18 00	
	2) Tabete 2mg IV 12/12	22 10	
	0) Ranitidina 50mg IV 8/8h	6/10	
	1) Omeprazol 40mg IV 1x dia	06	
	0 enfermo		

Dr. Antonio Ernane de Brito
MÉDICO - CRM 2121
CIC 059.741.194-..

Dr. Antonio Ernane de Brito
MÉDICO - CRM 2121
CIC 059.741.194-..

Sobe
Dr. Ernane

Hospital: HRS

Nome do Paciente: Otávio Domingos de Oliveira

Nº Prontuário: 134455

Data Operação: 06/09/19 | Enf. | Leito

Operador: Daniel Braga | 1.º Auxiliar

2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar | Instrumentador

Anestesista: Rilfo | Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta platô tibial ⊖

Tipo de Operação: LMC + FE

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante a Operação:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Perfuro e DAI
- Incisão e anti-sepsia
- Aproximação de campos estéreis
- Limpeza exaustiva com Clorexidina degermante + SF 0,9%
- Aplicação de fixador externo transarticular
- Limpeza
- Curativo

Dr. Daniel B. Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248

Hospital: HRS

Nome do Paciente: Otávio Domingos de Oliveira | Nº Prontuário: 134455

Data Operação: 26/9/19 | Enf. | Leito

Operador: Dr. TIAGO | 1.º Auxiliar: Dr. DIEGO

2.º Auxiliar | 3.º Auxiliar | Instrumentador

Anestesista: Dr. Alguir | Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA exposta platô tibial (E).

Tipo de Operação: Fixação interna platô tibial (E).

Diagnóstico Pós Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante a Operação:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Vísceras

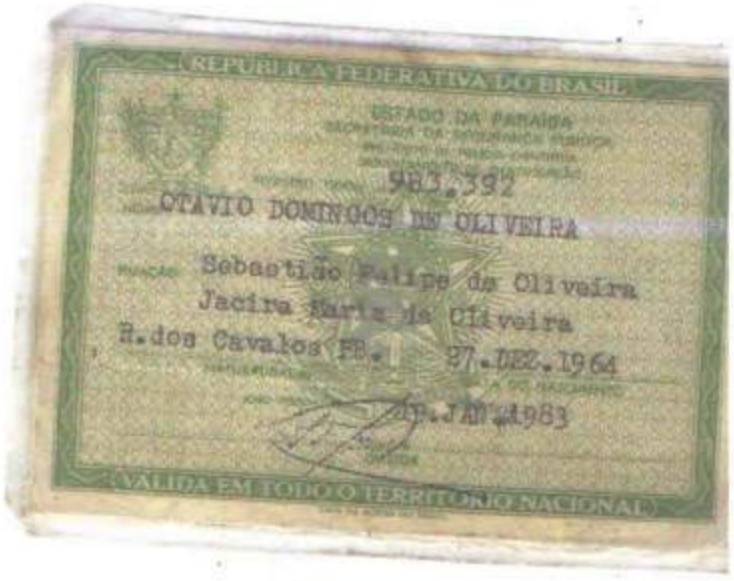
Pcte DDHE Raquianestesia
Antissepsia e antissepsia
garrote 1ºE.
Incisão em duplo via sulco (E) lateral
e anteromedial.
Dissecção por planos
Redução dos fragmentos e fixação c/ duplo
placa lateral e medial.
estabilizado.
Sutura do T. patelar (E) - tinho ny
Lavagem FO.
Sutura por planos
Curativo usual
Retirado garrote
Aos auxiliares [illegible]

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 15149

CIC
NASCIMENTO
27.12.64
596 553 764 72
OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

CÉDULA DE IDENTIDADE
FOTOGRAF. DIGITAL
Otavio Domingos de Oliveira
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
Otavio Domingos de Oliveira


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
983.392
OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA
Sebastião Felipe de Oliveira
Jacira Maria de Oliveira
R.dos Cavalos PB. 27.DEZ.1964
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.309.898

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/07/2019

NOME
CLEMILDA MARIA DE SOUSA

FILIAÇÃO
RAIMUNDA MARIA DE SOUSA

NATURALIDADE
CATOLE DO ROCHA PB

DATA DE NASCIMENTO
19/05/1979

DOC. ORIGEM
CERT. DE CAS-BIN.E-13 FA-168 RG-6625
CATOLE DO ROCHA PB-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF
043.720.414-02

3a. VIA

Brígida Zotad Santana de Souza
Diretora da IDTC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

POLEGAR DIREITO

Clemilda maria de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DENATRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 0041047621

DETRAN - PB — Nº 01250650904B

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 2016130001802-1

VIA	CÓD. RENAVAM		EXERCÍCIO
1	0014627771-6	00/00000000	2016

NOME: JANDIVAN CARNEIRO DE ANDRADE

CPF / CNPJ	PLACA
04186195498	MON3103/PB

PLACA ANT / UF		CHASSI
NOVO	PB	9C2KC15109R033476

ESPÉCIE / TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2009	2009

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA PAGO EM	21/03/2016	1ª
		2ª
		3ª

FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS
*******	0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
*******	SEGURO	P A G O	21/03/2016

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0

RIACHO DOS CAVALOS-PB

DATA: 08/04/2016

14001 — 33928

CONTRAN

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

PB Nº 01250650904B — BILHETE DE SEGURO D

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISS
2016	08/04/

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	04186195498	MON3103

RENAVAM	MARCA / MODELO
00146277716	HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2009	9	9C2KC15109R033476

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURA
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃ
S COTA ÚNICA	PARCELADO	21/03/2(

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

33928-1500538-20160408

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA PERNA EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R$ 843,75
		Total	**6,25 %**	**R$ 843,75**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701544 **Cidade:** Riacho dos Cavalos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PLATÕ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1
SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Otavio Domingos de Oliveira
RG: 983.392 **Orgão Emissor:** SSP/PB **CPF:** 396.353.764-72
Nacionalidade: 27.12.64 **Est. Civil:** Casado **Profissão:** agricultor
Endereço: Sítio Jatobá **Nº** S/N
Bairro: Zona Rural **Cep:** 58 870-000 **Cidade/UF:** Riacho dos Cavalos/PB
Telefone: (83) 9.9833-0973 (83) 9.9936-1762 ( )

OUTORGADO:

Nome: Clemilda Maria de Sousa
RG: 002.309.898 **Orgão Emissor:** _____ **CPF:** 048.720.434-02
Nacionalidade: 19-05-1979 **Est. Civil:** Divorciada **Profissão:** Beneficiária
Endereço: Rua Autor Gonçalves Diniz **Nº** 445
Bairro: Jardim de Maria **Cep:** 58 884-000 **Cidade/UF:** Catolé do Rocha/PB
Telefone: (83) 9.9936-1762 (83) 9.9833-0977 ( )

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: Otavio Domingos de Oliveira
CPF: 396.353.764-72 **Data do Acidente:** 04/09/2019
Cobertura solicitada: (X) **Invalidez Permanente** ( ) **DAMS** ( ) **Morte**

Riacho dos Cavalos 03-12-2019
Local e data

Otavio Domingos de Oliveira
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Selo Digital: AJI94524 - UOEF
Consulte a autenticidade em:
https://selodigital.tjpb.jus.br

Reconheço a(s) Firma(s) Nino de Otavio Domingos de Oliveira por Autenticidade dou fé
Riacho dos Cavalos 03 12 de 2019
Em Test° (uffy) da verdade
Maria de Fátima Feitosa Vaz
OFICIALA
Maria de Fátima Feitosa Vaz
Oficiala do Registro Civil
Riacho dos Cavalos-PB

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL
Maria de Fátima Feitosa Vaz
Oficiala do Registro Civil
Riacho dos Cavalos-PB
Silvânia Feitosa da Silva
Oficiala Substituta
CNPJ: 09.223.272/0001-25

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Jandiry Sussuarana, 18
(83) 9636.6848
Centro - Riacho dos Cavalos-PB
CNPJ: 09.223.272/0001-25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

Número do Sinistro: 3190701544

Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Data do acidente: 04/09/2019

CPF: 396.353.764-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/01/2020	Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA	Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 048.720.414-02	CPF: 619.395.799-53
CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA	JANE APARECIDA COSTA