



27/04/2023

Número: **0800005-67.2023.8.15.0461**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Solânea**

Última distribuição : **05/01/2023**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA (AUTOR)		RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72435667	27/04/2023 11:49	2882812_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, 28 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

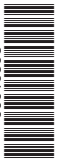
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00729/00730 - carta_03 - INVALIDEZ

00010365



Carta nº 17063639





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 Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00883/00884 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 17080737





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 Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Data do Acidente: 20/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA LUCIA DE AZEVEDO 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000024990890-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

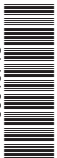
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta_15R - INVALIDEZ

00010743



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: 057.237.344-90 4 - Nome completo da vítima: Ana Lucia de Aguiar da Silva

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

5 - Nome completo: Ana Lucia de Aguiar da Silva 6 - CPF: 057.237.344-90
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Rua Padre Pinto 9 - Número: 671 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Solânea 13 - Estado: PB 14 - CEP: 592.250-00
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 93993597538

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Citibank

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 249908905
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Solânea PB 15/03/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ra do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021
Ocorrência nº. 736/2021

Aos VINTE E UM dias de SETEMBRO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:50min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA, conhecido(a) por **ANA LUCIA**, Identidade nº 57.967.570-1-SSP/SP, CPF nº 057.237.344-90, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: estudante, filho(a) de José Costa Silva E De Elisete Barreto De Azevedo Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/10/1986 (34 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Pinto, Nº 678, tendo como ponto de referência: Oróximo a esquina de Zé Vito, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: 83.9.9334-9837.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 20 de outubro de 2020;
- 3) **Horário do fato:** 23h:0min;
- 4) **Local do fato:** Rua Jatobá - SOLÂNEA/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA- GUARABIRA/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

HONDA CG 150 START, DE COR VERMELHA, PLACA QFY 2629/PB, CHASSI: 9C2JKC1670FR552204, ANO 2015/2015, RENAVAN 0107233396-9.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

- 1) **SEVERINO RUFINO**, Residente à Rua Dionísio Rodrigues - Solânea/PB;
- 2) **PATRICIA MIRANDA DA SILVA**, Residente à Rua Dionísio Rodrigues - Solânea/PB;

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia, hora e local acima declinados a noticiante estava pilotando a referida motocicleta nas proximidades do Cemitério de SOLÂNEA; QUE repentinamente uma motocicleta conduzida pela noticiante perdeu o controle ao passar em uma lombada e veio a cair da motocicleta; QUE a noticiante caiu e sofreu trauma, sendo submetida a tratamento cirúrgico de LUXAÇÃO/FRATURA - LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA no HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA- GUARABIRA/PB, permanecendo na unidade Hospitalar por apenas 01 dia.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Ana Lucia de Azevedo Silva

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
Comunicante

Roberta Shirley da Silva Bernardino

Roberta Shirley da Silva Bernardino
Escrivã ah doc
Matricula 003235



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: citibank

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 24990890 5

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Solânea PB 15/03/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

ra do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

30.10.20 23h, no h, A parente Mãe Lucia Aguiar, 34
anos, em visita na unidade hospitalar acompanhada
de amigos. Um grupo de mãe, comentei o ambiente.
Observando, observando e agitando do um lado
outro. Agitando a. João materno com uma presença
médica, e um momento para avaliação médica, e
muito importante que no dia seguinte se discutisse
por conta própria para o Hospital Aguarda de Guadalupe

x Patricia Miranda da Silva

Patricia Miranda da Silva



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/10/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321022568401

VALOR TOTAL:

3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000024990890

Número da Autenticação

938C2F9BEC1C62BE



ELIETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA
RUA PADRE PINTO, 871 - CENTRO
SOLANEA/PA CEP: 6625000 (A3-44)
CPF: 0194948 208422754-48



Grupo: CONVENCIONAL BARRAGEM/ Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BARRAGEM
Legação: MOVOFASCO
Roteiro: 10-44-72-3470 IP Medidor: 80081331205

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/307111-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00003071115

VALOR DA FATURA
R\$ 34,94

VENCIMENTO
24/11/2020

REFERÊNCIA
Nov / 2020

CONSUMO
85kWh

2,86 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alíq. ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/PGE Contrib. (R\$)	COFINS Contrib. (R\$)	4,2361%
0001	Consumo de ENERGIA	30	0,130000	3,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo: 21 x 100W/90-BH	55	0,227990	12,54	0,00	0,00	18,57	0,17	0,78
0000	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			23,36	0,00	0,00	23,36	0,21	0,99
0007	CANCELAMENTO DE CANCELAMENTO PÚBLICA			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Despesas Substituídas			-22,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 34,94 0,00 0,00 47,89 0,43 2,02
Tarifa de Tributos: Alíq. 30% 0,106820 Alíq. 100% 0,320270

RESERVADO AO FISCO MT1 e50b.7b82.32d2.8aab.da46.570d.3e26.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Nov/20 78
Out/20 75
Set/20 72
Ago/20 70
Jul/20 68
Jun/20 65
Mai/20 62
Abr/20 60
Mar/20 58
Fev/20 55
Jan/20 52
Dez/20 50

LEITURAS

Anterior: 19/10/20 12941
Atual: 13/11/20 14026
Consumo: 85kWh
Período: 22 dias
Constante do medidor: 1

PRÓXIMA LEITURA
17/12/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	0,50	1,43
Compensação de Energia	0,14	0,40
Serviço de Transmissão	1,80	5,15
Energia Setorial	1,98	5,67
Impostos Federais e Enargia	11,72	33,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,94	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$ 9/2020) R\$ 10,25

INDICADORES DE QUALIDADE

PERÍODO: Maio/2020 - Comparado: Maio/2020

ÍNDICE	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
MTA	8,91	0,10	11,82	73,64
MTA	3,32	1,00	8,80	15,20
MTA	3,48	0,10	8,80	15,20
MTA	12,22			

MTA: Horas que o cliente ficou sem energia - DSC
MTA: Horas que o cliente ficou sem energia - FIC
MTA: Duração da menor interrupção de energia no período - DMC
MTA: Duração da interrupção individual em dia crítico - DICR

ATENÇÃO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 18 de abril de 2002.
- Prezado cliente, mantenha-se dentro do seu rendimento atualizado no programa do Governo Federal. Procure o setor responsável pelo Bônus Família e Cadastro Único de sua cidade para atualizar. Se for um de alguns benefícios do Governo Federal e não tiver o desconto em sua conta, procure a Energisa, a sua fatura de energia pode ter desconto de até 65%.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está procurando por atender pelos canais virtuais: site, App Energisa On e Whatsapp (83) 98135-5540.
- Sua unidade foi faturada como BARRAGEM, sendo um desconto de R\$22,16.
- Atualizado do CNES pago no mês de maio de 2020 pelo CNES, conforme tabela de Consulta Interna CNES/UF nº 13/2018 da Receita Federal. O percentual de redução, na base de cálculo das contribuições, foi reduzido em 10% para o mês de maio de 2020.





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ANA LUCIA AZEVEDO, deu entrada nesta Unidade de Saúde, no dia 20/10/2020 às 23:40, vítima de acidente de moto, conforme consta em nosso registro de Atendimento Ambulatorial de N° 22210. CID: S62.7

Solânea- PB, 20 de Outubro de 2020


Humberto de A. Lima
Médico
CRM/PB 1744

Rua Prof. Alaíde Silva, n° 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanca@hotmail.com





HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54
Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente		CPF:	Nº Arquivo	Nascimento
ANA LÚCIA DE AZEVEDO SILVA		057.237.344-90	63115/678/2020	08/10/1986
Residência				
RUA PADRE PINTO, 671				
Cidade		UF	CEP	Bairro
SOLÂNEA		PB	58225-000	CENTRO
Naturalidade		Religião	Nacionalidade	País
SOLÂNEA			BRASILEIRA	
Telefone		Estado Civil	Tipo Documento	Nº Documento
9-9416-0148			RG	57967570-1
CNS		Data Internação	Idade	Sexo
702 9025 1523 0477		04/11/2020	34 ANOS	F
Nome do Pai		Nome da Mãe		
JOSÉ COSTA SILVA		ELISETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA		
Responsável		Grau Parentesco	Endereço	Telefone
Cidade		UF	Tipo Doc Responsável	Nº Doc Responsável
Unidade		Tipo de Quarto	Quarto	Leito
		Quarto Amplexo	CP	01
Convênio		Tipo Plano	Num. Carteira	Dt. Validade
SUS				
Hipótese Diagnóstica (CID)		Diagnóstico Definitivo		

Médico Responsável	Conselho	Número	Data da Alta
DR. LEONARDO MIRANDA	CRM	8877	04/11/2020

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE

Observações:

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável



Hospital Dia **TOP Mais** RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	08	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATORIO IMEDIATO. CD: ANALGESIA + ATB + ORIENTAÇÕES DE RETORNO.	

ALTA MÉDICA HOSPITALAR

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	

[Assinatura]
Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 149226

CARIMBO

ASSINATURA: _____

ALTA DA ENFERMAGEM

			DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal ☒	Alterado ☐	
Respiração	normal ☒	alterada ☐	
Circulação	normal ☒	alterada ☐	
Edema de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Cianose de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Urina	normal ☒	diminuído ☐	ausente ☐
Curativo	normal ☒	alterado ☐	
Ferida Cirúrgica	normal ☒	Alterada: ☐	
Sangramento pela ferida	ausente ☒	normal ☐	elevado ☐
Cateter	presente ☐	Ausente ☒	
Presença de acompanhantes	presente ☒	ausente ☐	
Orientações			

NOME ENFERMEIRA: *[Assinatura]*
ENFERMEIRA
ASSINATURA: COREN-194634/PB

DATA: 04/11/2020.

HORA: 13:00 H

CARIMBO: _____

Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 149226



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	4	LETO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

	HORA INICIO DA CIRURGIA: 07:10	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 07:55
CIRURGIÃO:	DR. LEONARDO MIRANDA	
ANESTESISTA:		
1 AUXILIAR:	DR. AURELIO	
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:	GARDENIA	
CIRCULANTE:		
PATOLOGIA:		
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
CIRURGIA REALIZADA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
FORNECEDOR O.P.M.E.:	PRÓPRIO	
O.P.M.E. UTILIZADO:		
OBSERVAÇÕES:		
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAÇÃO
 ASEPSIA E ANTISSPESIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
 INCISÃO EM REGIAO DORSAL DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
 VISUALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA DE REDUCAO DE FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 APOSIÇÃO DE 02 FIOS DE K Nº 1,5 CRUZADOS EM 2º E 3º QDD
 LAVAGEM DO SITIO CIRURGICO COM SF0,9%
 SUTURA POR APROXIMAÇÃO
 CURATIVO
 TALA LUVA

[Assinatura]
 Dr. Leonardo Miranda
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 100.000

950 04/11/2020



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	CP	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	()M	(X)F	

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG, SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATÓRIO IMEDIATO. CD: FIXAÇÃO COM FIO DE K + ANALGESIA E ATB. ORIENTAÇÕES PARA RETORNO AMBULATORIAL.	

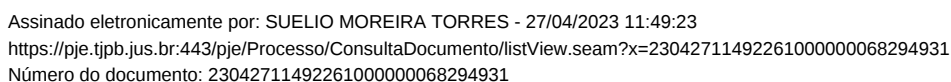
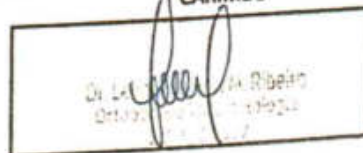
PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

ASSINATURA MÉDICO: _____

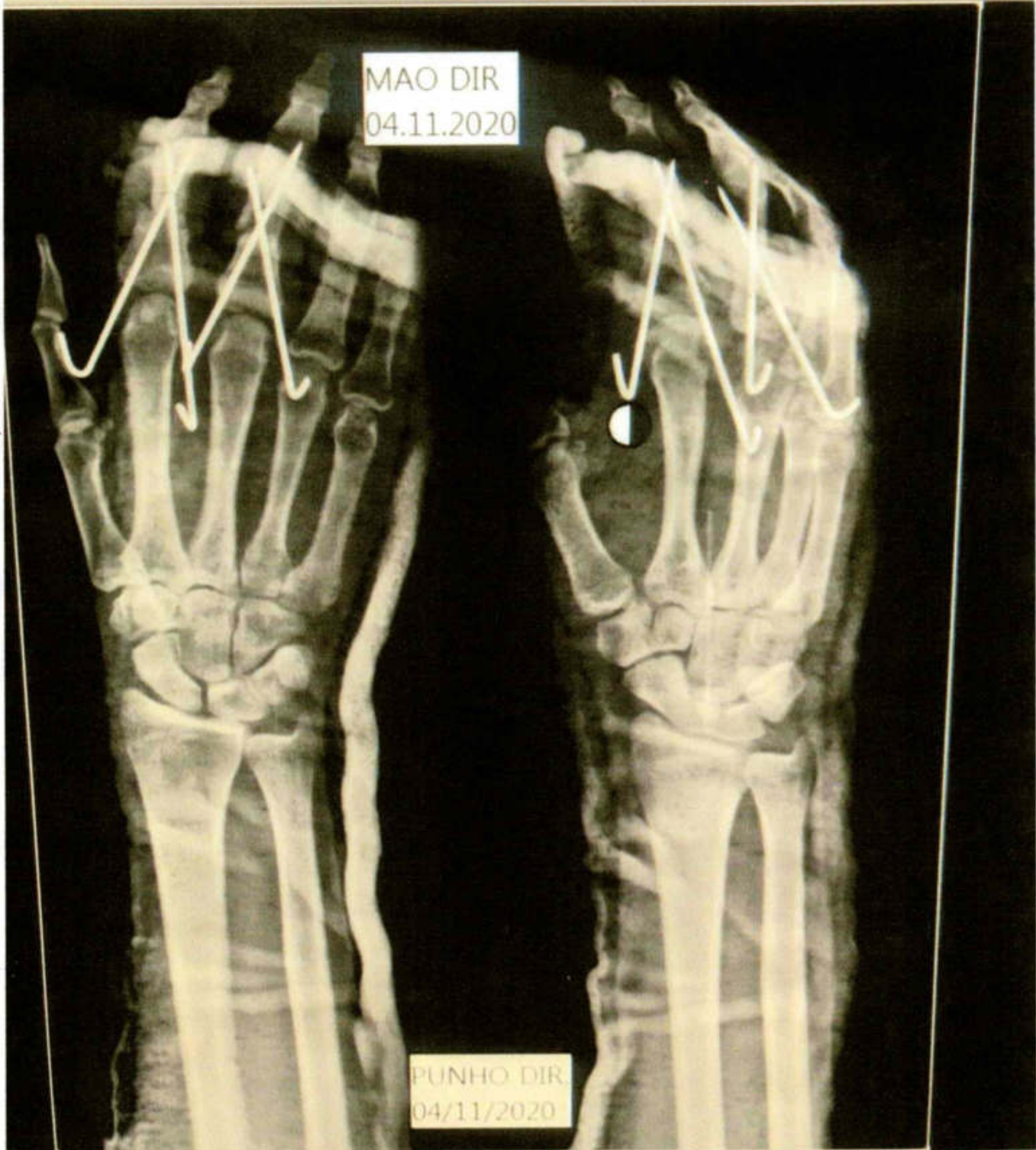
S

CARIMBO



ANA LUCIA DE AZEVEDO

MAO DIR
04.11.2020



PUNHO DIR
04/11/2020





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE SOLÂNEA
CNPJ: 08.778.268/0010-51

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ANA LUCIA AZEVEDO, deu entrada nesta Unidade de Saúde, no dia 20/10/2020 às 23:40, vítima de acidente de moto, conforme consta em nosso registro de Atendimento Ambulatorial de N° 22210. CID: S62.7

Solânea- PB, 20 de Outubro de 2020


Humberto de A. Lima
Médico
CRM/PB 1744

Rua Prof. Alaíde Silva, n° 131 – Centro – Solânea -PB. – CEP. 58.225-000
Fone/Fax: (0**83) 3363-2257 - Email: hesolanca@hotmail.com





HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54
Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente	ANA LÚCIA DE AZEVEDO SILVA		CPF:	057.237.344-90	Nº Arquivo	63115/678/2020	Nascimento	08/10/1986	
Residência	RUA PADRE PINTO, 671							Bairro	CENTRO
Cidade	SOLÂNEA		UF	PB	CEP	58225-000	País		
Naturalidade	SOLÂNEA		UF	PB	Religião	Nacionalidade	BRASILEIRA	Escolaridade	
Telefone	9-9416-0148		Estado Civil	Tipo Documento		RG	Nº Documento	57967570-1	
CNS	702 9025 1523 0477		Data Internação	Idade		34 ANOS	Sexo	F	
Nome do Pai	JOSÉ COSTA SILVA		Nome da Mãe	ELISETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA					
Responsável	Grau Parentesco		Endereço				Telefone		
Cidade	UF		Tipo Doc Responsável		Nº Doc Responsável				
Unidade	Tipo de Quarto		Quarto		Leito				
Convênio	Tipo Plano		Num. Carteira		Dt. Validade		Clínica		
Hipótese Diagnóstica (CID)					Diagnóstico Definitivo				

Médico Responsável	Conselho	Número	Data da Alta
DR. LEONARDO MIRANDA	CRM	8877	04/11/2020

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE

Observações:

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável



Hospital Dia **TOP Mais** RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	08	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATORIO IMEDIATO. CD: ANALGESIA + ATB + ORIENTAÇÕES DE RETORNO.	

ALTA MÉDICA HOSPITALAR

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	

[Assinatura]
Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 149226

CARIMBO

ASSINATURA: _____

ALTA DA ENFERMAGEM

			DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal ☒	Alterado ☐	
Respiração	normal ☒	alterada ☐	
Circulação	normal ☒	alterada ☐	
Edema de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Cianose de extremidades	ausente ☒	presente ☐	
Urina	normal ☒	diminuído ☐	ausente ☐
Curativo	normal ☒	alterado ☐	
Ferida Cirúrgica	normal ☒	Alterada: ☐	
Sangramento pela ferida	ausente ☒	normal ☐	elevado ☐
Cateter	presente ☐	Ausente ☒	
Presença de acompanhantes	presente ☒	ausente ☐	
Orientações			

NOME ENFERMEIRA: *[Assinatura]*
ENFERMEIRA
ASSINATURA: COREN-194634/PB

DATA: 04/11/2020.

HORA: 13:00 H

CARIMBO: _____

Dr. Leonardo V. L. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 149226



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	4	LETO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	() M	(X) F	

IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

	HORA INICIO DA CIRURGIA: 07:10	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 07:55
CIRURGIÃO:	DR. LEONARDO MIRANDA	
ANESTESISTA:		
1 AUXILIAR:	DR. AURELIO	
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:	GARDENIA	
CIRCULANTE:		
PATOLOGIA:		
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
CIRURGIA REALIZADA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA – LUXAÇÃO METACARPO FALANGEANA	
FORNECEDOR O.P.M.E.:	PRÓPRIO	
O.P.M.E. UTILIZADO:		
OBSERVAÇÕES:		
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAÇÃO
 ASEPSIA E ANTISSPESIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
 INCISÃO EM REGIAO DORSAL DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 DISSECÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
 VISUALIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA DE REDUCAO DE FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QDD
 APOSIÇÃO DE 02 FIOS DE K Nº 1,5 CRUZADOS EM 2º E 3º QDD
 LAVAGEM DO SITIO CIRURGICO COM SF0,9%
 SUTURA POR APROXIMAÇÃO
 CURATIVO
 TALA LUVA

[Assinatura]
 Dr. Leonardo Miranda
 ORTOPEDISTA
 CRM 100.000

950 04/11/2020



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA		
PRONTUÁRIO:	63115/630/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	CP	LEITO:	01
DATA:	04/11/2020	HORA:	06:30
SEXO:	()M	(X)F	

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 04/11/2020	HORA:
PACIENTE EVOLUI COM BEG, SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS NO POS OPERATÓRIO IMEDIATO. CD: FIXAÇÃO COM FIO DE K + ANALGESIA E ATB. ORIENTAÇÕES PARA RETORNO AMBULATORIAL.	

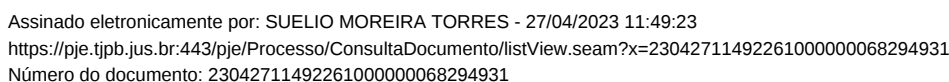
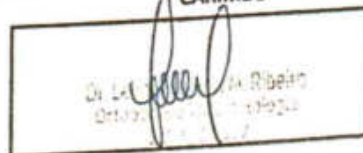
PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

ASSINATURA MÉDICO: _____

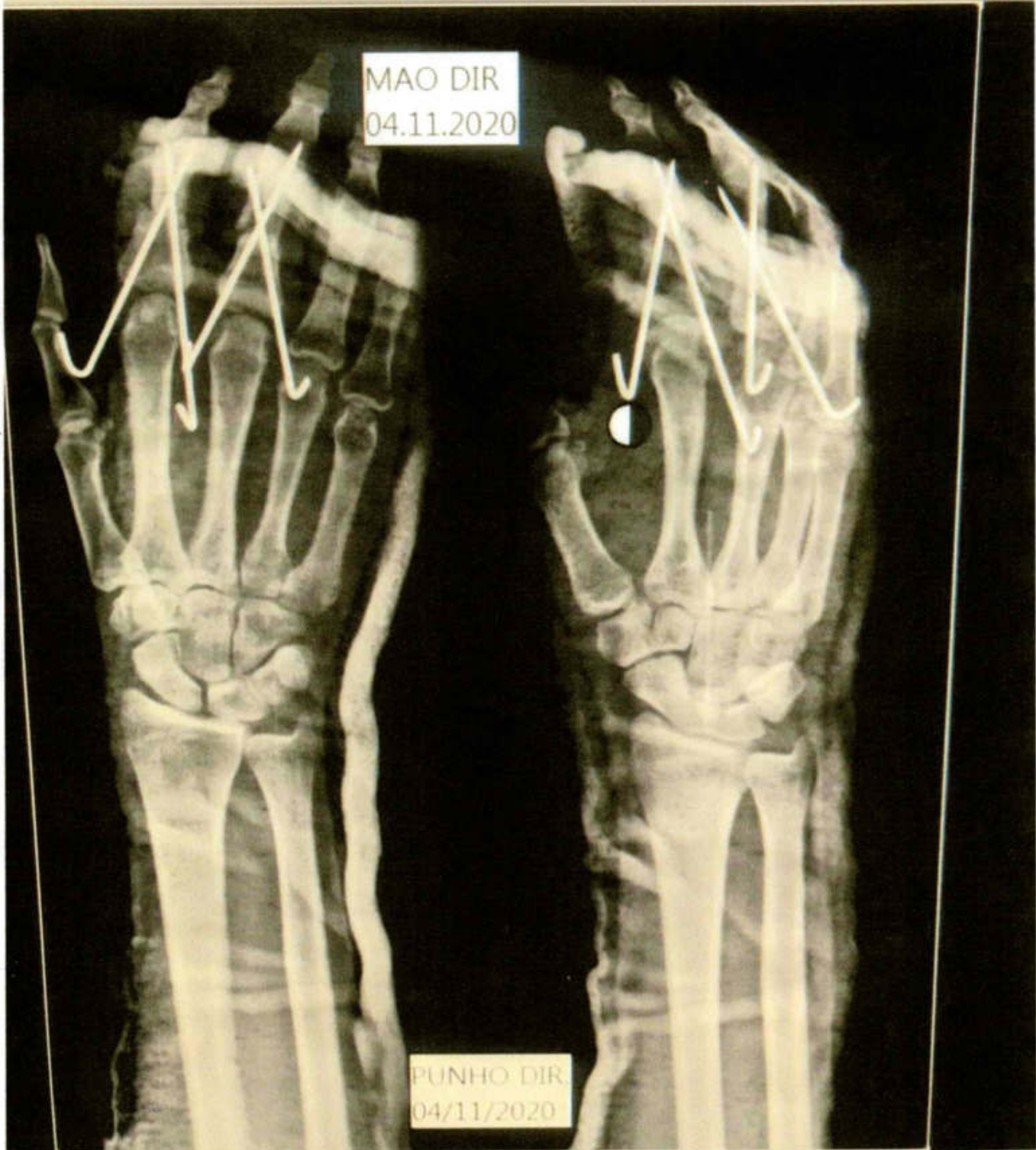
S

CARIMBO



ANA LUCIA DE AZEVEDO

MAO DIR
04.11.2020



PUNHO DIR
04/11/2020



10 10 50 23. 40 h, A respeito das suas atividades, 34
anos, não possui em nenhum momento a possibilidade
de exercer uma função de nível, portanto, não possui
qualificação e experiência para exercer uma
função. Adicionalmente, não possui nenhuma
qualificação para exercer a função de
nível, e não possui a experiência necessária
para exercer a função de nível de
nível, e não possui a experiência necessária
para exercer a função de nível de
nível.

o Patricio Miranda da Silva

Patricio da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2		REGISTRO GERAL 57.967.570-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/OUT/2013	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUNBLETON CAVALI		NOME ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA	
PROIBIDO PLASTIFICAR		FILIAÇÃO JOSÉ COSTA SILVA	
E ELISETE BARRETO DE AZEVEDO SILVA		DATA DE NASCIMENTO 08/OUT/1986	
SOLANEA -PB		BANANEIRAS-PB	
BANANEIRAS		CN:LV.A08 /FLS.109 /N.008430	
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83		174 Delegado Divisório de Polícia III/GD.SSP	

Assinatura: Ana Lucia de A Silva

8703-055343

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição
057.237.344-90

Nome
ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Nascimento
08/10/1986

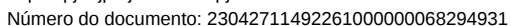
Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

Emissão
11/09/2013

CORREIOS



CONTRATO		DENATRAM	
DET RAM - PB		N.º 012426960371	
45444108966			
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
RPT 20150800014863-0			
VIA	010723396-9	00/00000000	
1	NOME DO PROPRIETÁRIO		
JANICLEIDE CRISTINA DA SILVA			
R LUIS FERNANDES MEDEIROS 275			
LOT RENATO RIBEIRO			
58340000 SAFE-PB			
05298174469	CPF/CNPJ	PLACA	
NOVO RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA		0EY2629/PB	
PLACA ANTERIOR	CLASSE	NOME ANTERIOR	
NOVO PB	9C2KCI610FR552204		
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAI - ANO INIC	
HONDA/CG150 START		2015 2015	
CAV/PROT/CIL	CATEGORIA	COR PR DOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMELHA	
DIRETRIZES			
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
N.Motor : KC16E7E552204			
0			
SAFE-PB	LOCAL	DATA	
36994		16/12/2015	
		7003781	





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 085: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 085: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/03/2024

IDENTIDADE 57.9674570

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210225684 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA **Data do acidente:** 20/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 MODERADA DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM: PÁG 6

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Número do Sinistro: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

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

Data da apresentação: 28/09/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA : 057.237.344-90

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: 24/09/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Número do Sinistro: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

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

Data da apresentação: 19/10/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172656/21

Número do Sinistro: 3210225684

Vítima: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

CPF: 057.237.344-90

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

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: 18/10/2021
Nome: ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA
CPF: 057.237.344-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

ANA LUCIA DE AZEVEDO SILVA

JOSIVAN GOMES DA SILVA

