
Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENATO ROBERTO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180407037**
Vitima: **RENATO ROBERTO DA SILVA**
Data do Acidente: **21/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180407037**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **RENATO ROBERTO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180407037**

Vitima: **RENATO ROBERTO DA SILVA**

Data do Acidente: **21/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180407037**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **21/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

116.699.524-01

Renato Roberto da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Renato Roberto da Silva	CPF titular da conta	116.699-524-01	Profissão	Recebedor - 22
Endereço	Rua Serrano Simões Matos	Número	334	Complemento	
Bairro	Altô da População	Cidade	Santo Rita	Estado	PB
Email	ccf.adm@gmail.com	CEP	58300-000	Telefone (DDD)	83-98849-5530

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)
---	--	-------------------------------------

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 1914 D/V: _____ CONTA NRO.: 134750 D/V: 4

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____

AGÊNCIA NRO. _____

D/V _____

CONTA NRO. _____

D/V _____

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência-conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santo Rita-PB 31 de Agosto de 2018
Local e Data

Renato Roberto da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Delegacia Geral da Polícia Civil

7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 41/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: RENATO ROBERTO DA SILVA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: SANTA RITA-PB PROFISSÃO: REPOSITOR DATA DE NASCIMENTO: 25/12/1994 IDADE: 23 ANOS RG: 4.067.851 SSDS/PB CPF: 116.699.524-01 FILIAÇÃO: JOSÉ ROBERTO DA SILVA E TEREZINHA DA SILVA ENDEREÇO: RUA SEVERINO SIMÕES MAROJA, Nº. 114, ALTO DA POPULAR, SANTA RITA-PB, CEP 58.301-075 TELEFONE: 83-98870-5309 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO COR DA PELE: MORENO DIA DO OCORRIDO: 21/03/2018 LOCAL DO FATO: BAIRRO DO MIRAMAR, JOÃO PESSOA-PB.

HISTÓRICO:

RENATO ROBERTO DA SILVA AFIRMA QUE NO DIA 21/03/2018 POR VOLTA DAS 11:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA POP 110 I, DE PLACA QFX-8904/PB, CHASSI Nº. 9C2JB0100HR522045, DE SUA PROPRIEDADE PELO BAIRRO DO MIRAMAR, NAS PROXIMIDADES DA IGREJA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, MAIS PRECISAMENTE NA RUA NEVINHA CAVALCANTI, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, AO EFETUAR UM CRUZAMENTO, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE SE EVADIU DO LOCAL E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Renato Roberto da Silva

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Renato Roberto da Silva

CPF da Vítima

316.699.524-01

Data do Acidente

21/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Santa Rita - PB 03 de setembro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 08/06/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

ATO DECLARATÓRIO

João Pessoa-PB, 04 de Junho de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0231/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/03/2018, conforme requerimento nº 0237/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h24min o/a Sr.(a) **RENATO ROBERTO DA SILVA**, CPF nº 116.699.524-01 vítima de acidente de (colisão (carro x moto)), ocorrido na Rua Neyinha Cavalcanti, Miramar – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **CABO BM JOHNATA MACIEL DA CRUZ**, Matrícula 522.766-6. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientada, com dores na região do tórax e escoriações no membro superior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza - GB BM**, Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON MECO A. DE SOUZA
2º TEN MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



GOVERNO
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphpb@bombeiros.pb.gov.br

TEREZINHA DA SILVA
RUA SEVERINO SIMÕES MARQUA, 114 - ALTO DA POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 58300-000 (AG: 11)

Emissão: 01/05/2018 Referência Mai / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BÁSICA RENDA MONOFASICO-B (D0, Km25 - Centro) Pessoal: PB - CEP 58071-050
CPF medidor: 00000563387
Rotero: 1 - S - 211 - 5940

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Estrada do Rio Vermelho, KM 25 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58071-050
CNPJ 03.095.180/0001-40 - Ins. Est. 16.015.623-0
Nota Fiscal / Cartão de Energia Elétrica N° 005.067.429
Cód. para Débito Automático: 000071628910

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	07/05/2018	06/06/2018	10216444470 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/762891-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.429, de 26 de abril de 2002.
Baixe o aplicativo Energisa Ofi em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudanças de endereço, informações sobre fatura de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa! Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
Demonstrativo				
CCO Destrição Quantidade Tarifad. Valor Base Cofl. Ajust. Icom(RB) Básico(GC) Pct(RB) Coef(RB) Total do Total do ICMS(RB) ICMS Pct/Cofre(RB) 0,6121% (2,1522%)				
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,298970	7,10	7,10 25 1,77 7,10 0,04 0,20	
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	49.200 0,406330	19,80	19,80 25 4,97 19,80 0,12 0,57	
0801 Adic. B Amarela		0,13	0,13 25 0,03 0,12 0,00 0,00	
0810 Subsídio		37,76	37,76 25 6,95 37,76 0,17 0,79	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA		5,04	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0808 Devolução Subsídio		-12,96	0,03 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCO: Código de Classificação do item TOTAL 40,46 44,68 13,72 54,80 0,33 1,50
Média últimos meses (kwh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
75 14/05/2018 R\$ 40,46

Histórico de Consumo (kWh)
64 | 73 | 95 | 70 | 53 | 60 | 77 | 91 | 93 | 79 | 105 | 80
May/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Des/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abril/18

RESERVADO AO FISCO
9498.f510.cf1e ef97.bb39.ec43.78d3.b25a.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DCM MENSAL	0,55	NOMINAL	Demissão de Det. da Energia/PB	1,28	17,99
DCI TRIMESTRAL	1,17	NOMINAL	Imposto de Energia	8,93	22,22
DCI ANUAL	22,21	NOMINAL	Imposto de Transmissão	1,15	5,11
FIC MENSAL	3,42	1,00	Impostos Diretos e Encargos	1,06	24,03
FIC TRIMESTRAL	6,85	CONTRATADA	Obras, Serviços	0,00	0,00
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR	Total	40,46	100,00
DNG	3,20	LIMITE SUPERIOR			
DGR	12,22				

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso(s) a(fatura(s) acima mencionadas).
- Caso tenha efetuado o pagamento de(s) fatura(s) em atraso(s) é mero de 15 dias, desconsiderar essa mensagem.
- Pendes do Romai: 3 kWh.
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Básica Renda, tem um desconto de R\$ 19,88.

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
14/05/2018 R\$ 40,46

63600000000-7 40460054000-3 07628912018-0 05900009019-7



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 SET. 2018
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

CAIXA

A vida pede mais que um banco



http://www.ijerph.org

CTC RECIFE PE PIA

DATA DE BLOSTAGEM: 08/12/2013

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB

08532310



72113070213268634010757645300481217

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Bezerra de Queiroz Batista Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ronaldo Roberto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.699.524 / 01 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Ronaldo Roberto da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.699.524 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	<u>Ananda locutor</u>		Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>		Estado	<u>PB</u>
Email	<u>ccf.adailson@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849 5530</u>

09/2000/03 de Agosto de 2018
Local e Data

Adailson Bezerra de Queiroz Batista Neto
Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENATO ROBERTO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 25/12/94
NOME DA MÃE TEREZINHA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.070.594
Nº PRONTUÁRIO 107.776
DATA DO ATENDIMENTO 21/03/18
HORA DO ATENDIMENTO 13:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURAS MÚLTIPHAS DE COSTELAS + HEMOPNEUMOTÓRAX
TRAUMÁTICO + CONTUSÃO PULMONAR
CID 10 S 22.4 + S 27.2 + S 29.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, apresentando escoriações em membros superiores, hematoma em abdome e tórax, além de dor em coluna torácica e lombar. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tórax
RX do tórax - AP e subsequentes
RX da coluna tóraco-lombar - AP e P
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas de costelas + hemopneumotórax traumático + contusão pulmonar. TC e RX sem alteração a USG e ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Carlos França da equipe da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/18
DATA DA EMISSÃO: 03/08/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



RUA PEDRO GONDIM, SIN -- CNES: 122343 - Tel.:

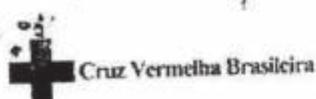
Boletim de Atendimento: 1070594



Identificação do paciente					
ID 1272478	Nome RENATO ROBERTO DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/12/1994	Idade 23 anos 3 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 107776	
Mãe TEREZINHA DA SILVA				Pai JOSE ROBERTO DA SILVA	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986635736	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4067851	Nº Cnes			
Local de procedência MIRAMAR				Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA			CBO/R	
Endereço					
CEP 58301640	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Planalto		
Número SN	Complemento RUA JARDIM PLANALDO				Bairro Popular
Admissão					
Data e Hora 21/03/2018 13:04:29	Número da pulseira 100006290749				Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica	
Classificação de risco				Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA				Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA X	mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares					
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES					

Imprimir

CD
COMPREV
Tempo
08:59
COMPREV PREVIDENCIAS/A
n 3 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
06/04/2018 08:10



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

*CNES: 6121221

Paciente RENATO ROBERTO DA SILVA	BAE 1070594	Data/Hora Entrada 21/03/2018 13:04:29	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986535736
Mãe TEREZINHA DA SILVA			Prontuário
Endereço Planalto, SN - RUA JARDIM PLANALDO	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 21/03/2018 13:04:29		Data/Hora Prescrição 21/03/2018 22:36:57	

Anamnese

REALIZADA TC DE TÓRAX COM ÁCHADO DE HEMOPNEUMOTÓRAX À DIREITA. CD: DRENAGEM DE TÓRAX EM SELO D'ÁGUA + AVALIAÇÃO DA CIRURGIA TORÁCICA + INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CEP

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA TORÁCICA

Conduta

Internar Paciente

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10.271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(CRM: 10271/PB)

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMEPE: 13653



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RENATO ROBERTO DA SILVA	BAE 1070594	Data/Hora Entrada 21/03/2018 13:04:29	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986535736
Mãe TEREZINHA DA SILVA			Prontuário
Endereço Planalto, SN - RUA JARDIM PLANALDO	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 21/03/2018 13:04:29		Data/Hora Prescrição 21/03/2018 23:36:52	

Alamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO PNEUMOTORAX E HEMOTORAX EM TÓRAX DIREITO.

REALIZADO DRENAGEM TORACICA EM SELO DE AGUA COM PASSAGEM DE DRENO DE TÓRAX 30 EM 7 C DIREITO, SOB ANESTESIA LOCAL E SEM INTERCORRENCIAS, COM SAIDA DE 300ML DE SANGUE E COLUNA DE AR EM DRENO DE TORAX

CD: INTERNAMENTO HOSPITALAR COM ACOMPANHAMENTO DA CIRURGIA TORACICA E SOLICITO RAIO X DE CONTROLE

Conduta

Em observação

RENTA ROBERTO DA SILVA

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(CRM: 10271/PB)

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM - PB 10.271

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMEPE: 13653

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 SET 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 21/03/2018 13:04:32



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente RENATO ROBERTO DA SILVA	BAE 1070594	Data/Hora Entrada 21/03/2018 13:04:29	Data Baixa
Data de nascimento 25/12/1994	Idade 23	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986535736
Mãe TEREZINHA DA SILVA			Prontuário
Endereço Planalto, SN - RUA JARDIM PLANALDO	Bairro Popular	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 10271/PB
Data/Hora Classificação 21/03/2018 13:04:29		Data/Hora Prescrição 21/03/2018 20:11:40	

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM ARCOS COSTAIS À DIREITA, COM FAST REVELANDO DERRAME PLEURAL PEQUENO À DIREITA, SEM ALTERAÇÃO EM RX DE TÓRAX.

: SOLICITO TC DE TÓRAX
ANALGESIA

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

Conduta

Em observação

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM - PB 10.271

RENATO ROBERTO DA SILVA

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(CRM: 10271/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 21/03/2018 13:04:32



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1070594



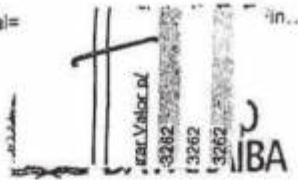
Identificação do paciente				
ID 1272478	Nome RENATO ROBERTO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/12/1994	Idade 23 anos 2 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe TEREZINHA DA SILVA				Pai JOSE ROBERTO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986535736	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4067851	Nº Crn		
Local de procedência MIRAMAR				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade SANTA RITA	UF PB		
Endereço				
CEP 58301640	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Planalto	
Número SN	Complemento RUA JARDIM PLANALDO	Bairro Popular		
Admissão				
Data e Hora 21/03/2018 13:04:29	Número da pulseira 100006290749	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Vejo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉		Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos FRACTURA DE COXO / PERNAS / TIBIA / FIBULA / PÉ / PANTORRA / PIANANA RAQUEL XAVIER DE MATOS ENFERMEIRA URGENCIA E EMERGENCIA HEET-SAC COREN PB 132215				
Diagnóstico				
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES				

Imprimir

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
n 3 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: WESLEY
PEREIRA DA SILVA
Em: 26/03/2018 12:04:31

Paciente RENATO ROBERTO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1070594	Data/Hora Entrada 21/03/2018 13:04:29	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/12/1994	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (WESLEY PEREIRA DA SILVA - 26/03/2018 12:04:26)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****CIRURGIA TORÁCICA.**

Paciente vítima de acidente motocicístico com hemopneumotórax, contusão pulmonar e fratura de arcos costais.

- Drenagem torácica pela CG.

RX de tórax com pulmões expandidos.

Dreno de tórax serohemorrágico sem anotação.

CD:

- Manter dreno de tórax.

- VPM.

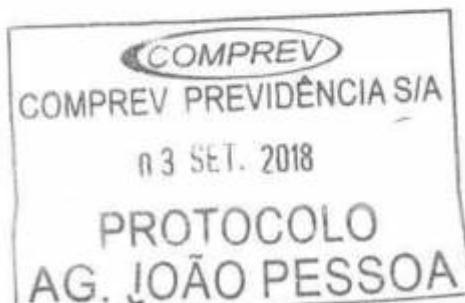
RX TORAX

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011

Profissional responsável pela informação: WESLEY PEREIRA DA SILVA

Número Conselho: 9270

Dr. Wesley Pereira Da Silva





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOSE
EURIDES LIBERALINO
Em: 24/03/2018 08:32:24

Paciente RENATO ROBERTO DA SILVA	Boletim de Atendimento: 1070594	Data/Hora Entrada: 21/03/2018 13:04:29	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/12/1984	Idade	Sexo Masculino	Prontuário 107776
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO

Evolução médica (JOSE EURIDES LIBERALINO - 24/03/2018 08:32:18)**EVOLUÇÃO****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:****#CIRURGIA TORÁCICA.**

Paciente vítima de acidente motociclistico com hemopneumotórax, contusão pulmonar e fratura de arcos costais.

Drenagem torácica pela CG.

RX de tórax com pulmões expandidos.

Dreno de tórax com débito de 300ml/d.

CD:

- Manter dreno de tórax.
- VPM.
- intensificar fisioterapia.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011

Profissional responsável pela Informação: JOSE EURIDES LIBERALINO


 Dr. José Eurides Liberalino
 Cirurgião Torácico
 CRM-PB 00000000000000000000
 Número Conselho: 5252




Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: RODOLFO
LUCIO ALVES TITO
Em: 23/03/2018 10:13:37

Paciente RENATO ROBERTO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1070594	Data/Hora Entrada 21/03/2018 13:04:29	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/12/1994	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação		Convênio SUS	Prontuário 107776

Evolução médica (RODOLFO LUCIO ALVES TITO - 23/03/2018 10:05:06)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

#CIRURGIA TORÁCICA.

Paciente vítima de acidente motociclístico com hemopneumotórax, contusão pulmonar e fratura de arcos costais.

Drename torácica pela CG.

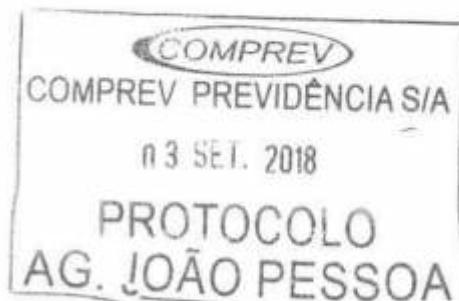
CD:

- Manter dreno de tórax.
- VPM.
- intensificar fisioterapia

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011
Profissional responsável pela informação: RODOLFO LUCIO ALVES TITO

Número Conselho: 7191

Dr. Rodolfo L... Alves Tito
Cirurgião Torácico/Brônquio/Esófago
CRM-PB 37191





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Leuti Edilene Góes BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ___/___/___

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Leticia Netto 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: LOROF Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID

Procedimentos Cirúrgicos	Código

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Geraldo Magalhães Faria
CRM-PB 3792
03/03/1992



João Pessoa, 71, 05, 2018



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	<p><i>Quadrante infero-externo</i> <i>de C. tatu</i></p>
Achados:	<p><i>Tecido adiposo ac f. est</i></p>
Conduta:	<p><i>Liberação de tecido ac sc</i></p> <p><i>Interv. tatu</i></p>
Fechamento:	
Observação:	<p><i>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIAS/A 13 SET. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</i></p>

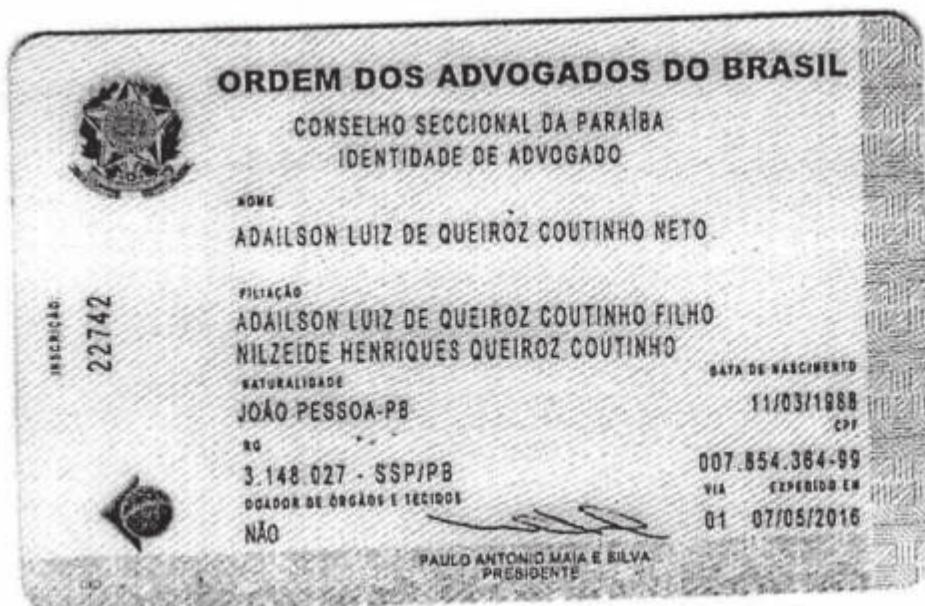
Médico/CRM: _____

*D. Carlos Augusto Ribeiro
CRM-PB 0392
033 006292*

João Pessoa, 7/16/2018



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: Ronaldo Rebuilt do Guia

DATA DO ACIDENTE: 21/03/2018 CPF DA VÍTIMA: 116.699.524-01

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 VÍTIMA: () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Viajante **VÍTIMA:** () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDERECO DO PORTADOR Viajante **Bairro:** Altos do Repulor
Nº 114 **COMPLEMENTO** Serviços Rodoviários da Gama
CIDADE Fortaleza **UF:** CE **CEP:** 6830-000
E-MAIL ccf_celvra@gmail.com **TELEFONE:** (83) 98849-5530
(83) 99113-0153

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 CARTERA DE DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO BOASAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO
DIGITALIZADO / Selado

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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)

OBS: 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS (HOSPITALARES E OUTRAS) E DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DORESPECITIVAMENTE REQUERIMENTO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DORESPECITIVAMENTE REQUERIMENTO 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), SE HOUVER (NÃO HOUVE)
- CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO -
AG

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 15.500,00
 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURAMENTO 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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 0122 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

03/09/2018

DATA

Matônio Seixas

NOME

Assinatura

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTRÁX À DIREITA + FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTRÁX Á DIREITA + FRATURA DE ARCS COSTAIS Á DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Renato Roberto da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Repositor Nº DO RG: 4.067.851
ÓRGÃO EMISSOR: SSD/PB DATA DE EMISSÃO: 05/07/12
Nº DO CPF: 316.699.524-01 ENDEREÇO: Rua Severino
Simeão Moreira, nº 314, Alto do Povoado, Santo Rita-PB,cep
58300-000

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742
ÓRGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Renato Roberto da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

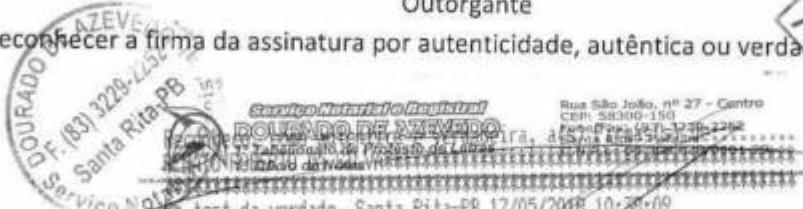
*DOURADO
DE AZEVEDO*

Santa Rita, 17 de Maior 2018.

Renato Roberto da Silva

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Em test da verdade. Santa Rita-PB 17/05/2018 10:20:09
Virgínio Velloso Borges Dourado de Azevedo - Substitut
[2018-003984]ENOL:R\$ 19,48 FARPN:R\$ 0,28 PERI:R\$ 1,30 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AB759802 ZPU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.cpb.msa.gov.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Nº 3.561, 2018
PROTÓCOLO
AG: JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321999/18

Vítima: RENATO ROBERTO DA SILVA

CPF: 116.699.524-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/03/2018

Titular do CPF: RENATO ROBERTO DA SILVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

RENATO ROBERTO DA SILVA : 116.699.524-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 03/09/2018

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 03/09/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180407037 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTRÁX À DIREITA + FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".