

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

Carta nº 13335001



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



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

116.699.524-01

Nome completo da vítima

Renato Roberto da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Renato Roberto da Silva		116.699.524-01		Recebedor - 2	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Sincrono Sincrono Maroja		114			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Ata da Populom	Santa Rita	PB	58300-000		
Email			Telefone (DDD)		
ccf.adm@gmail.com			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

☒ **RECUSO INFORMAR** ☐ **SEM RENDA** ☐ **ATÉ R\$ 1.000,00** ☐ **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**
☐ **R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00** ☐ **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00** ☐ **ACIMA DE R\$ 10.000,00**

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

☐ **BRANCO** (237) ☐ **BANCO DO BRASIL** (001) ☐ **ITAU** (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

Operação - B

AGÊNCIA NRO. 1914 D/V **CONTA** NRO. 134750 D/V 4
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

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 e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa 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 NOTICIUO 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 especial, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rômulo Roldão da Silva

CPF da Vítima

116.699.524-01

Data do Acidente

23/03/2018

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
03 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Santa Rita - 73 03 de Setembro de 2018

Local e Data

Rômulo Roldão da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 08/06/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEM. CEL. QOBM-521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

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 0231/18, 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 Nevinha 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** - CB 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.

JYHARNESON MEOGA DE SOUZA
2º TEN / MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

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: crah@bombeiros.pb.gov.br

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SA
03 SET. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

TEREZINHA DA SILVA
RUA SEVERINO SMCES MARCIA, 114 - ALTO DA POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 58300-000 (AG: 1)

Emissão: 07/05/2018 Referência: Mai/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BARRIA RENDA MONOFÁSICA B-230, Km25 - Grato Resende - João Pessoa - PB - CEP 58071-020
Roteiro: 1 - B-211-5940 SP Medidor: 00008683583

energisa
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.095.103/0001-40 Ins. Est. 18.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 006.067.429
Cód. para Deb. Automático: 00007628910

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: 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 10.438, de 26 de abril de 2002.
Baixe o aplicativo Energisa CN em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre taxa de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/04/18	3421	07/05/18	3506	1	78	31

Demonstrativo

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa CCI	Valor Base CCI	Ang. Tomu (R\$)	Base Calc. Pot (R\$)	Cob. Calc. Pot (R\$)	Cob. Calc. Pot (R\$)	Cob. Calc. Pot (R\$)	Cob. Calc. Pot (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Re Colégio (R\$)	0,6125% (R\$)	0,6520% (R\$)	0,6520% (R\$)
0801	Consumo até 50 kWh-BR	30,000	0,238970	7,10	7,10	25	1,72	7,10	0,04	0,20
0801	Consumo > 51 e 100 kWh-BR	48,000	0,406230	19,50	19,50	25	4,97	19,50	0,12	0,57
0801	Adc. B. Amarela			0,12	0,12	25	0,03	0,12	0,00	0,00
0810	Susídio			27,76	27,76	25	6,95	27,76	0,17	0,79
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			5,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Susídio			-12,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 43,46 64,58 13,72 64,80 0,33 1,50

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
78	14/05/2018	R\$ 40,46

Histórico de Consumo (kWh)

64 | 73 | 95 | 70 | 53 | 60 | 77 | 91 | 93 | 79 | 135 | 90
Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18

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

Indicadores de Qualidade 12/2018 - 3ª vez 14/5

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	4,45	0,95	NOMINAL 220
DC TRIMESTRAL	11,12		
DC ANUAL	22,23		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	2,42	1,00	
FIC TRIMESTRAL	6,95		
FIC ANUAL	13,70		
DMG	3,20	0,05	
DGR	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	7,28	17,99
Serviços de Energia	6,95	17,22
Serviços de Transmissão	1,72	4,25
Susídios e Encargos	21,25	52,50
Impostos, Círculos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	40,46	100,00

Valor do EUSD (Ref. 3/2018) R\$ 14,57

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso e menos de 15 dias, desconsidere esta mensagem.
- Perdas do Roteiro: 3 kWh.
- Fatura possui a inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$13,88.

Faturas em atraso

Abr/18 49,63

ENERGISA PARAIBA
Roteiro: 1 - B-211-5940
Matrícula: 762891-2018-05-9

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

83600000000-7 40460054000-3 07628912018-0 059000009019-7



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

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6

DATA DE POSTAGEM: 09/12/2017

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



7211307021326863401075764530081217



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 Luiz de Queiroz Brito Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renato Roberto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.699.524 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura Impedida da Vítima Renato 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Avenida Lacerda</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>ccf.cdn@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849 5530</u>

João Pessoa 03 de Agosto de 2018
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Brito Neto
Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



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 PRONTUARIO	107.776
---------------	---------

DATA DO ATENDIMENTO	21/03/18
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO 13:04

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	FRATURAS MÚLTIPLAS 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 a TC e aos RX. Sem alteração a USG e ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Carlos Franca da equipe da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR:	27/03/18
------------------	----------

DATA DA EMISSÃO: 03/08/18

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 SET. 2018
PROTOCOLO

DR. EWERTON N. ZINNA TEIXEIRA
MERCURY STREETSH
2516

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, S/N -- 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
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 Cns	
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	Origem do paciente RUA	
Classificação de risco	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
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	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES			

Imprimir

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

06/04/2018 08:10



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

製法:

*CNES: 6121221

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM/PA 10.271

RENATO ROBERTO DA SILVA

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

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

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



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	CNS
Mãe TEREZINHA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986535736
Endereço Planalto, SN - RUA JARDIM PLANALDO	Beiró 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	

3/20 Anamnese

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 DIREITO, SOB ANESTESIA LOCAL E SEM INTERCORRENCIAS, COM SAÍDA DE 300ML DE SANGUE E COLUNA DE AR EM DRENO DE TORAX

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

Conduta

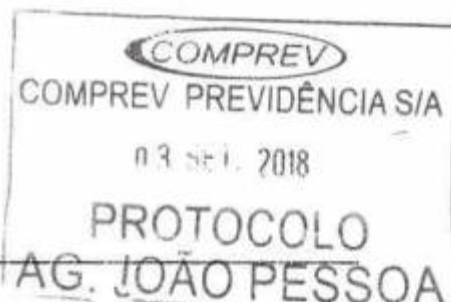
Em observação

RENATO ROBERTO DA SILVA

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



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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA 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	CNS	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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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
Mãe TEREZINHA DA SILVA	Pai JOSE ROBERTO DA SILVA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986535736	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4067551	Nº Cns	
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	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	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Atenção: Desconhecido o local de residência</i> PATIANA RAQUEL XAVIER DE MATOS ENFERMEIRA-URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HET/SHT COREN PB 132215			
Diagnóstico	CID		
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES	Tempo 03seg		

Imprimir

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

21/03/2018 13:07

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	Prontuário 107776	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (WESLEY PEREIRA DA SILVA - 26/03/2018 12:04:26)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CIRURGIA TORÁCICA.

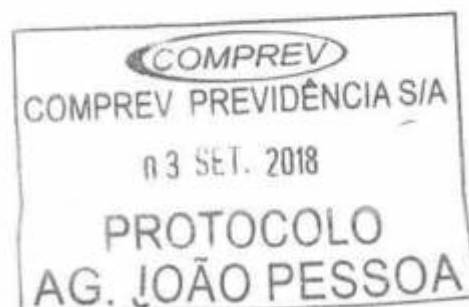
- Paciente vítima de acidente motociclístico com hemopneumotórax, contusão pulmonar e fratura de arcos costais.
- Drenagem torácica pela CG.
- RX de tórax com pulmões expandidos.
- Dreno de tórax serohemorrágico sem anotação.
- CD:
- Manter dreno de tórax.
- VPM.
- RX TORAX

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011

Profissional responsável pela informação: WESLEY PEREIRA DA SILVA

Dr. Wesley Pereira Da Silva

Número Conselho: 9270





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso 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 25/12/1994	Idade	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 107776

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE EURIDES LIBERALINO - 24/03/2018 08:32:18)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CIRURGIA TORÁCICA.

Paciente vítima de acidente motociclístico 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

Numero Conselho: 5252





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (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.

Drenagem torácica pela CG.

CD:

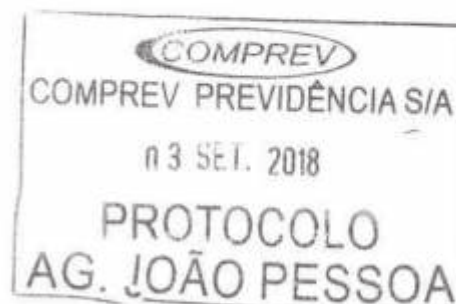
- Manter dreno de tórax.
- VPM.
- intensificar fisioterapia

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0011

Profissional responsável pela informação: RODOLFO LUCIO ALVES TITO

Número Conselho: 7191

Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito
Cirurgião Torácico/Broncopneumologista
CRM 3 7191





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Leuchi Edmundo de Faria BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Leuchi Edmundo de Faria 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hemiparesia</u>	<u>✓</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exatubação e Puncão</u>	

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. Carlos Magalhães Faria
CRM-PR 3792
033003792

João Pessoa, 21/05/2018





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



MEETINGS

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Quadril e abdômen C. e. P. 1. 1. 1.
Achados:	Tecido adiposo de b. e. e. e.
Conduta:	Abraf de tecido de S2 T. e. e. e. e. e.
Fechamento:	
Observação:	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA
03 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO

Médico/CRM:

Dr. Carlos Magalhães Franco
CRM-PR 3192
033 009792

João Pessoa.

F(NG).ASCIR.0019-1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	4.067.851	DATA DE EXPEDIÇÃO	05/07/2012
NOME RENATO ROBERTO DA SILVA			
FILIAÇÃO JOSÉ ROBERTO DA SILVA TEREZINHA DA SILVA			
NATURALIDADE	SANTA RITA-PB	DATA DE NASCIMENTO	25/12/1994
DOC ORIGEM NASC. N. 54448 FLS. 68 LIV. A48 CARTORIO SANTA RITA-PB			
CNPJ	116.699.524-01	ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

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

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto

COAB

COAB

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 22742

NOME
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

PLATAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
NILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.364-99

DATA DE EXPIRAÇÃO
01 07/05/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

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



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Renato Roberto da Silva
DATA DO ACIDENTE 21/03/2018 CPF DA VÍTIMA 116.699.524-01
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X1 VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Saxeiro Roberto da Silva BAIRRO Altos do Populoso
Nº 114 COMPLEMENTO 3B CEP 58300-000
CIDADE Santa Rita UF PB
E-MAIL edj.edj@gmail.com TELEFONE (83) 98849-5530
83 99113-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) 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)
☒ (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) LAUDO ~~9044L~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) 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
☒ (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (X) 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
DPVAT / Silva

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) 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

- ☒ (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ (X) 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)
☒ (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
☒ (X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ (X) 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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ (X) 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)
☒ (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ (X) 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\$ 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/08/2018
IDENTIDADE 22.742.003/73
ASSINATURA Adajon mto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/09/2018
NOME Katália Soares
ASSINATURA [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 HEMOPNEUMOTÓRAX 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:

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 HEMOPNEUMOTÓRAX Á DIREITA + FRATURA DE ARCOS 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:	<u>Remeto Roberto da Silva</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Repórter</u>	Nº DO RG:	<u>4.067.851</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSDS/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>05/07/12</u>
Nº DO CPF:	<u>116.699.524-01</u>	ENDEREÇO:	<u>Rua Senauna</u> <u>Simões Moreira, nº 114, Alto da Populosa, Santa Rita-PB, CEP</u> <u>58300-000</u>

OUTORGADO:	ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO		
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:	SOLTEIRO
PROFISSÃO:	ADVOGADO	Nº DO RG:	22.742
ORGÃO 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 Remeto 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.

Santa Rita, 17 de Maio de 2018.

Remeto Roberto da Silva
Outorgante

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



Serviço Notarial e Registral
JOÃO PESSOA
Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3228-2292
E-mail: registro@joaopeessoa.pb.gov.br
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 17/05/2018 10:28:09
Virgínia Velloso Borges Dourado de Azevedo - Substituta
[2018-003984]EML:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 REPI:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A6159602-2F403
Confira a autenticidade em <https://selodigital.joaopeessoa.pb.gov.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321999/18

Vítima: RENATO ROBERTO DA SILVA

CPF: 116.699.524-01

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 21/03/2018

Titular do CPF: RENATO ROBERTO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

Data da entrega: 03/09/2018
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

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 HEMOPNEUMOTÓRAX 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:

IVONE S. VALICE