

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO)

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE EXAME ACOSTADO EM DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DIAFISÁRIA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO)

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE EXAME ACOSTADO EM DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO, COM EXAMES DE IMAGEM RAO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**

Nº Sinistro: **3180231423**

Vítima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180231423**.

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 12852723



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Nº Sinistro: **3180231423**
Vitima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180231423**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

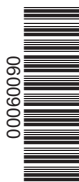
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12918231



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Nº Sinistro: **3180231423**
Vitima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**
Data do Acidente: **25/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180231423**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

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").

Numero do Sinistro ou AS: _____ CPF da Vítima: 026.219.334-59 Nome completo da vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA</u>	CPF titular da conta <u>026.219.334-59</u>	Profissão <u>RECUSO-SE</u>
Endereço <u>RUA JOQUIM AVELINO PEREIRA</u>	Número <u>SIN</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>OLHO D'ÁGUA</u>	Estado <u>PB</u>
CEP <u>58.760-000</u>		Telefone (DDD) <u>(83) 99820-1557</u>

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)

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

BANCO
 Nome: BRANCO BIC: 237

AGÊNCIA
 NRO: _____ DV: _____
 (informar dígito se existir)

AGÊNCIA
 NRO: 0639 DV: 4
 (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.

PIANCÓ-PB, 18 de MAIO de 18

Local e Data

[Assinatura]
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



18 MAIO 2018



18 MAIO 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ
(83) 3452-2450 - delegaciapianco@gmail.com



Atendimento

Data: 04/05/2018

Hora: 11:15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 359/2018

1ª via notificante; 2ª via arquivo; 3ª via Delegado.

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data do fato: 25/09/2017 hora: **PREJUDICADO**

Local do fato: **RUA JOSÉ FERREIRA DANTAS - JOSÉ PINHEIRO - CAMPINA GRANDE-PB**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.**

Notificante: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**, alcunha " ",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: **OLHO D'ÁGUA-PB**, nascido
em 24/10/1977, documento: RG nº 1860225- SEMDS-PB, CPF
326.219.334-59, filho de **JOÃO JOSINO DA SILVA** e de **MARIA DE FÁTIMA
ALMEIDA SILVA**, endereço: **Rua JOAQUIM AVELINO PEREIRA, S/N, CENTRO,
OLHO D'ÁGUA-PB**, referência: .

Vítima: **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA**, alcunha " ",
Nacionalidade: , naturalidade: , idade: ***,
nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil:
*****, Profissão: , Escolaridade: *****, documento: ,
filiação: e de , endereço: ***** , referência:

HISTORICO DO FATO:

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e local acima informados a vítima **GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA** conduzia a motocicleta **HONDA/CG 150 TITAN K**, ANO 2009, PLACA **NPV 0775-PB**, CHASSI **9C2KC15109RC46917**, licenciada em nome de **SEBASTIÃO HENRIQUE TOMAZ**, e a sua frente seguia um veículo **FIAT/SIENA** de cor prata, e quando o motorista do **SIENA** diminuiu a velocidade para passar por um quebra-molas, a vítima colidiu na traseira do referido veículo, ocasião em que caiu na pista de rolamento ficando gravemente ferida; Que foi socorrida no Hospital de Emergência e Trauma da Cidade de Campina Grande-PB, onde ficou internada e passou por cirurgia; Que registra a ocorrência e solicita certidão. Nada mais a consignar.

Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

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 GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA	CPF da Vítima 026.219.334-59	Data do Acidente 25/09/17
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	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:

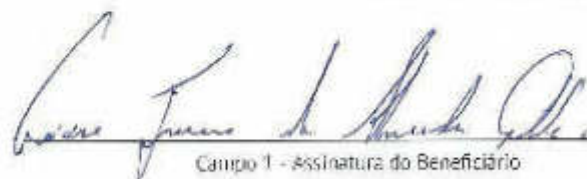
Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ 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.

Piancó-PB, 18 de MAIO de 18
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 25/9/2017	HORA: 07:19 HS	ID Nº: 1635447
NOME: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: R. JOSÉ FERREIRA DANTAS - JOSÉ PINHEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE/PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente recusou remoção		

Campina Grande, 16 de março de 2018.

18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

MARIA DE FATIMA ALMEIDA
RUA DO IMBUI, 100 - PRÉDIO 8 - JARDIM CENTRO
Cidade: SÃO PAULO - SP CEP: 05702-000 (051 1000)

Emprego: 12/01/2018 - Referência: Jan 2018
Cidade: São Paulo - SP CEP: 05702-000 (051 1000) - 05702-000 (051 1000)
Roteiro: 12/01/2018 - Referência: 01/01/2018

ENERGISA S.A. - CNPJ: 06.947.912/0001-88
Cidade: São Paulo - SP CEP: 05702-000 (051 1000) - 05702-000 (051 1000)
Roteiro: 12/01/2018 - Referência: 01/01/2018

Nota Fiscal: 1202564453
Cód. para DAE: 0001007732

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Jan / 2018	12/01/2018	09/02/2018	11202564453

UC (Unidade Consumidora): 5/1040773-2

Canal de contato

Contato: 0800 083 0196
E-mail: atendimento@energisa.com.br
Site: www.energisa.com.br
Ouvidoria: 0800 083 0196

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 14/12/17 Leitura: 18010	Data: 09/01/18 Leitura: 17000	1	010	29

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor
Consumo	010	10,00	10,00	10,00
Adic. de Verificação	010	10,00	10,00	10,00
LANÇAMENTOS DE CONTABILIZAÇÃO				
0007 - CONTRIBUIÇÃO PUBLICA	010	10,00	10,00	10,00
0008 - JUROS DE MORA 12/2017	010	10,00	10,00	10,00
0009 - MULTA 12/2017	010	10,00	10,00	10,00
0010 - DOAÇÃO-HOSPITAL HAPOL - ALFENANO 01/2018	010	10,00	10,00	10,00
0011 - ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017	010	10,00	10,00	10,00

Cód. Classificação do Item: TOTAL 100,00 100,00 100,00 100,00 100,00

Média últimos meses (kWh): 135
VENCIMENTO 19/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 186,38

Histórico de Consumo (kWh)											
2017	194	128	189	198	187	205	170	102	205	105	175
Out/17	Nov/17	Out/17	Set/17	Agô/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17

ae27.1605.ca7c.8fcb.ffd9.45c2.60b7.3983

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	100	220	
QUALIDADE DE ENERGIA	100	220	
TEMPERATURA	100	220	
FLUXO DE ENERGIA	100	220	
FLUXO DE ENERGIA	100	220	
FLUXO DE ENERGIA	100	220	
FLUXO DE ENERGIA	100	220	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36
Contribuição de Custos (energia)	10,00	5,36

18 MAIO 2018



A conta do seu celular.



CTO RECIBE PE PLT
EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO
R JOSE AMERICO SN
CENTRO
58765-000 PIANCO PB

93252589

DATA DE VENCIMENTO: 31/05/18 - DATA DE POSTAGEM: 11/04/18



7216210573021910000029152830110418

18 MAIO 2018

18 MAIO 2018

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMERTON RAFAEL ANGELO BENTO, portador(a) do RG nº 2899293, expedido por SSP-PB, em 14 / 05 / 15, CPF/CNPJ nº 059.064.234-67, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geizene Josino de Almeida Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Geizene Josino de Almeida Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa-Sc Renda Mensal: R\$ Recusa-Sc

Documentos comprobatórios: CNPJ e Com. Residência

x Emerton Rafael Angelo Bento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO ORIGINAL

18 MAIO 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEBASTIÃO HENRIQUE TOMAZ,

RG nº 290.940, data de expedição 01/08/1974

Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 086.627.144-72, com

domicílio na cidade de OLHO D'ÁGUA, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

JOAQUIM AVELINO VIEIRA. S/N, nº S/N,

complemento BASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima GEIXE JOSINO DE ALMEIDA SILVA, cujo o condutor era

GEIXE JOSINO DE ALMEIDA SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 TITON KS

Ano: 2009/2009

Placa: NPV 07751PB

Chassi: 9C2VC35309R046917

Data do Acidente: 25/09/17

Local e Data: OLHO D'ÁGUA - PB, 05/05/18

Sebastião Henrique Tomaz

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

(Sem reconhecimento de firma)



18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

(388902471)

Nome:	Gierse Josino De Almeida Silva		
End:	R-70504	M0426	Bairro: Santa Rosa
Data de Nascimento:	24.10.72	Documento de Identificação:	25.09.17
Queixa:	Data do Atendimento: 25.09.17 Hora: 09:50 Documento: 388902471		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácéis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:				Frequência cardíaca:			
Pressão arterial:				Temperatura axilar:			802 QW 81
Dosagem de HGT:				Mucosas:	() Normocrada	() Pálida	
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
(X) Verde - atendimento até 4 horas

(X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

18 MAIO 2018

MOD. 110

Assinatura

Assinatura e carimbo do profissional

FOLHA DE EXAME E EVOLUÇÃO

OL

Paciente

Gomes, Genivaldo A. Filho

Admissão

10

Leito

Convênio

Prescrição Médica

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio
25/04/18	1. Dose oral 12h 2. Dose oral 12h 3. Dose oral 12h 4. Tabela 40mg + 10 CV 12h 5. Flaxona 40mg 5x1 + 10mg 6. 55VV + CC @ 6	12h		
	Atenção: 12h 12h 12h Dose oral 12h 12h 12h			

Atendimento: paciente vitado de acidente
 motor no supermercado. O dia
 da semana no qual o acidente
 ocorreu foi no dia 11 de
 março de 2018. O paciente
 foi atendido por um médico
 de plantão no dia 11 de
 março de 2018.

26/03/18 - São Vincente - 08:15h

Paciente vitado de acidente motor
 quando de trânsito agitado no
 trânsito de um estacionamento. Foi
 atendido por um médico de plantão.

Contato no dia 11 de março de 2018
 pelo telefone 192 10 10000.

Dr. Roberto Leão Batista
 CLÍNICA MÉDICA
 CRL 2018-0005-0001

DESTINO DO PACIENTE / às hs

() Centro cirúrgico () Alta hospitalar () Aterro
 () Internação Isento () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Outro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CEO

IOADE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	Instrumentador
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

18 MAIO 2018

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

- 1) Ferimento em 2.ª H
- 2) Acesso a TAC - com 2x2 entôzias
- 3) Acesso posterior - macho de fôculo
e 1.ª Drenagem por plano
- 4) Redução imediata de fratura + fixação
al. Placa com 4 + 1 parafusos
e 1.ª Drenagem por plano
- 5) Acesso cefálico lateral de fôculo e +
Drenagem por plano
- 6) Obtenção de 2x2 drenagem + drenagem
de aspecto drenagem.
sem drenagem
estudo pela continuação da
sutura
- 7) Redução imediata de fratura + fixação

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

cf. Moles em L. + parasitas

Obs.: parasitas esbranquiçados
filiformes entre as palas
de um mesmo

(D) Colúmbia cultura de fundo
marinho

(G) Sementes por plastos + parasitas
pós muitos dias de cultivo

Dr. Arnaldo Lima P. Junior
OAB 15427-1/2008-1/2012
CRM-PB 8116 - TEC 144203

18 MAIO 2018

HUBCC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		PATIENTE	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: MERSE JOHNO DE S. SILVA			IDADE: 39a.	SEXO: H
DATA: 07.04	PRESSÃO ARTERIAL: 124x81-11	PULSO: 60 bpm	RESPIRAÇÃO: 20 rpm	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:
TPO SURTO INICIAL:	HEMÓCITOS:	NEUTRÓFILOS:	HEMATÓCRITO:	Glicemia:	URINA:	OUTROS:
AF RES-PARADO: sem alteração					AJVA:	BRONQUITE:
AF CIRC-SATORIO: normal					ELETROCARDIOGRAMA:	
AP OPERATIVA:	ORIENTA:	REBOÇO:	AP URINÁRIO:			
ESTADO MENTAL:	ATAQUE:	CORTICOIDES:	ALERGIA:		HIPOTENSÕES:	
DIAGNÓSTICO DO CASO: Fratura de platô tibial E.					ESTADO PÉSCU:	RISCO:
ANESTESIA PRE-OPERATÓRIA: ASA II						
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA: Morfoglam 5mg + Fentanil 30mcg				APLICADA AS:	ECLIPSE:	
<div style="float: right; width: 20%;"> REGISTRO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo: esparmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="float: right; width: 20%;"> MANUTENÇÃO ① Cl. faz duma 2g. ② Tylenol 40 mg ③ Diclofenac 10mg ④ Tepe xoma 2g ⑤ Nauseal 4mg </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="float: right; width: 20%;"> ANESTESIA SATISF: Sim. <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____ </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="float: right; width: 20%;"> DESPERTAR Reflexos na SC: _____ Coste: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="float: right; width: 20%;"> CONDIÇÕES: Condição: _____ Paralelo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </div>						
SIMULOS - PROVAÇÕES ECG = RS SpO2 = 100% <div style="text-align: center;">18 MAIO 2018</div>						
ROD-CÃO Pe. e. trax, HCR, AIAS; De. SCV.						
ADJUNTO Dima 80mg + Morfoglam p- 18mg						
TÉCNICA Raquiocaudal e bloqueio 25G.						
OPERAÇÃO Tto cirúrgico do platô tibial E.						
DEPARTAMENTO De. Anestesia						
ANESTESISTA Dra. Viana						
OBSERVAÇÕES						
NOTA-R, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					FERDA SANGÜINEA	



Willander Fabio Cabral de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO158-467-F

LAUDO FISIOTERAPEUTICO

Paciente Geikse Josino de Almeida Silva, portador do RG 1860225 SESDS/PB e CPF 026.219.334-59, residente Rua: Joaquim Avelino Pereira, Centro Olho D'Água – PB sofreu acidente de moto no dia 25/09/2017 onde foi acometido por uma fratura de platô tibial esquerdo sendo realizado cirurgia e liberação médica e encaminhado para a fisioterapia. Na avaliação fisioterapêutica apresentou dores à palpação e movimentos redução da amplitude de movimento dificuldades na marcha o mesmo com sinais de melhoras significativas.

Piancó, 18 de Junho de 2018.

WILLANDER FABIO CABRAL DE SOUZA
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 158.467-F
CPF 065.438.084-89

DOCUMENTO ORIGINAL

18 JUN. 2018

PACIENTE:	GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA	REGISTRO:	146369
SOLICITANTE:	GLEYCIA SILMARIA A. BEZERRA	IDADE:	40 A
CONVÊNIO:	PARTICULAR	DATA:	27/11/2017

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO:

O estudo radiológico DIGITAL da perna esquerda realizado nas incidências em AP/PERFIL demonstrando:


- Status pós-cirúrgico de fratura cominutiva, com sinais de consolidação, acometendo a região epifisária proximal da tíbia, com extensão articular, com sinais de irregularidade na superfície articular do platô tibial e bom alinhamento entre os fragmentos ósseos.
- Presença de placa e parafusos metálicos adjacentes à fratura bem posicionados.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações diagnosticadas pelo método.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Status pós-cirúrgico de fratura cominutiva, com sinais de consolidação, acometendo a região epifisária proximal da tíbia, com extensão articular, com sinais de irregularidade na superfície articular do platô tibial e bom alinhamento entre os fragmentos ósseos.
2. Presença de placa e parafusos metálicos adjacentes à fratura bem posicionados.

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Obs.: A clínica UDI comunica a todos os médicos e pacientes que já está em funcionamento a UDI LABORATÓRIO, realizando todos os exames complementares em um só lugar. Informações pelos telefones (083) 3422-2489 ou 3421-8001.


Marcus Andre Madeira Campos Almeida
CRM - PB 5830 RADIOLOGIA

DOCUMENTO ORIGINAL

05 JUL 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL E TITULOS
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIDADE

NOME
 JOSE JOSEINO DE ALMEIDA SILVA

DOCUMENTO / OUTRO TITULO DE
 1960225 SSP PB

CPF
 026.219.334-59 DATA NASCIMENTO
 24/10/1977

TRACAO
 JOAO JOSEINO DA SILVA
 MARIA DE FATIMA
 ALMEIDA SILVA

PRENOME
 ACC
 CIGAR
 0

SEXO
 21/03/2019 25/06/2002

Nº REGISTRO
 02390355629

VALOR EGO TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894373545

Carteira de Identidade

Assinatura do Titular

REGISTRANDO PORTANTE

LOCAL
 CAMAENA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
 25/03/2014

Protocolo Camena/Grande

80057360424
 94028310176

894373545

18 MAIO 2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013028087242 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEBASTIAO HENRIQUE TOMAZ

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

08662711472

www.seguradoralider.com.br

NPV0775/PB

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 18/05/2017

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

VIA **SEBASTIAO HENRIQUE TOMAZ**

PLACA

RENKAM

MARCA / MODELO

08662711472

Nº CHASSI

NPV0775/PB

00146630351

HONDA/CG 150 TITAN K

PREMIO TARIFARIO

ANO (R\$)
2009

9

DEMONSTR (R\$)

9C2KC15109R046917

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

NOF (R\$)

SEGURO

FÓRMULA SEGURO R\$

P A G O

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE EXATIDÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 07.341.546/0001-01

35335-0934034-20170518

18 MAIO 2018



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		NPV0775	
		Imprimir Consulta	
2017			
SEBASTIAO HENRI			
NPV0775			
PASSA / MOTOCICLET	GASOLINA		
HONDA/CG 150 TITAN KS	2009 2009		
PARTICULAR PRETA			
31/07/2018			
OLHO DAGUA	04/05/2018		
		Último Licenciamento: 2017	
		Proprietário: SEBASTIAO HENRI	
		Placa: NPV0775	
		Combustível: GASOLINA	
		Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS	
		Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET	
		Ano de Fabricação: 2009	
		Ano Modelo: 2009	
		Categoria: PARTICULAR	
		Cor Predominante: PRETA	
		Vencimento Licenciamento: 31/07/2018	
		Observação:	
		Restrição:	
		Financeira:	
		Município: OLHO DAGUA	
		Situação: EM CIRCULACAO	
		Data da Consulta: 04/05/2018	

18 MAIO 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231423 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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 PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: POUCAL MILITAR, portador(a) do RG 1860225, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 026-719.334-59, residente no(a) JOAQUIM AUGUSTO PEREIRA,
nº S/N, bairro: CENTRO, município: OLHO D'ÁGUA / PB.

OUTORGADO:

Nome: EMERTON RAFAEL DANGELO BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 289.9193, órgão expedidor SSP-PB
e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) RUA JOSE AMÉRICA,
nº SIN, bairro: CENTRO, município: PIANÇO / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA.

Local e Data: OLHO D'ÁGUA - PB, 05/05/18

x Geikse Josino de Almeida Silva
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



18 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	20/07/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEIKSE JOSINO DE ALMEIDA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00639-4

CONTA: 000000201297-9

Nr. Autenticação

BRABESCO2007201805000000000023700639000000201297168750 PAGO