
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180320033**

Vitima: **EDUARDO SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **11/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320033**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Comprovação de ato declaratório ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

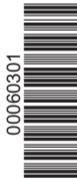
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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.seguradoraslider.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, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180320033**

Vitima: **EDUARDO SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **11/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320033**.

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, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180320033**

Vitima: **EDUARDO SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **11/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180320033**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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.seguradoraslider.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





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 ressalvas, 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.

E 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

573.789.588-30

Nome completo da vítima

Eduardo Seares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo
Eduardo Seares da Silva

CPF titular da conta
573.789.588-30

Profissão
Acuqueiro

Linhares
R. Ribeira Vista

Número
246

Complemento

Estado Popular

Estado
DB

CPF
58301-220-

Email
eduardoseares@hotmail.com

Telefone (DDD)
(183) 99342 1570

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

NENHUM INFORMAR

R\$ 0,001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

COMPRE PREMIUNCIAS

AGÊNCIA
Nº
3268

DA
8

CONTA
Nº
32.066

DV
9

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

Nome

CONTABILIZADA

DA

DV

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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, 15 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Eduardo Seares da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01200.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01200.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:22 horas do dia 25 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Eduardo Soares da Silva**, CPF nº 173.789.188-30, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Açougueiro, filho(a) de Sebastiana Soares da Silva e Sebastião Soares da Silva, natural de São Miguel de Taipu/PB, nascido(a) em 14/01/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bela Vista, Nº 246, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Assembleia de Deus, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98746-8724.

Dados do(s) Fatos:

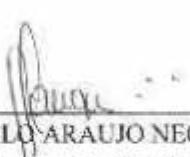
Local: Br 230, Alpargatas, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/11/17 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

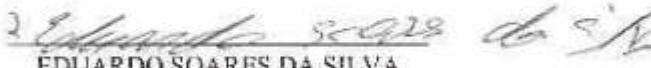
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo o notificante, no dia 11/11/2017, por volta das 17:30 horas, quando transitava pela BR 230, próximo a alpargata em Santa Rita/PB o notificante pilotava o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 125 fan /ks de cor preta, placa: NQE 2624/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR756850, registrado em nome de Mailson Soares da Silva-CPF nº 089.230.854-05; QUE segundo o notificante transitava pelo endereço acima citado, vinha normalmente quando perdeu o controle do veículo e veio a cair ao chão; sendo socorrido por terceiro no exato momento; QUE o notificante diz que foi para a sua residência, mas que no dia seguinte devido as dores no local foi para a UPA de Santa Rita e em seguida encaminhado para o hospital (complexo hospitalar de Mangabeira), conforme certidão nº 0155/2018; EXPEDIDO PELA DR^a ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 09.01.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira. Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de junho de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDUARDO SOARES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01200.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Eduardo Soeves da Silva	373.789.188-30	11/11/17

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 da 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 a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os efeitos 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.

12 JUL 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Santa Rita, 15 de Janeiro de 2018.

Local e Data

X Eduardo Soeves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Senha:**F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**Nome: **25790 - EDUARDO SOARES DA SILVA**

Sexo: M CNS: 700406445240748 Raça/Cor: PARDA

Mãe: SEBASTIANA SOARES DA SILVA

Complemento: Bairro: POPULAR

Tel. Residencial: Tel. Comercial:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 12/11/2017 - 14:41:16

DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 12/11/2017 - 14:58:40

Nº F.A.A.: 69981

DN: 14/01/1969 Idade: 48 Anos, 9 Meses e 29 Dias.

RG: 4197441 CPE/73.789.188-30

Endereço: RUA BELA VISTA - 246

Cidade: SANTA RITA CEP:

UF: PB

Contato: Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

(X) AZUL

queda de moto ontem, edema no tornozelo E

Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Cancer: () Sim (X) Não Pneumopatia: () Sim (X) Não

Transplantado: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Se Sim, Qual: _____ Outros: () Sim (X) Não

Antecedentes Pessoais:

P.A: 100 X 60 mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/ml Glasgow: 15 - CONSCIENTE

P脉: Freq. Respiratória: Peso: Kg Altura: m Dor:

Tipo Clínica: CLINICA MEDICA

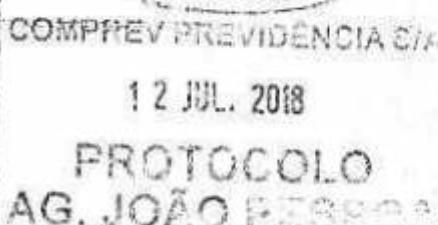
Prof. Resp. pré-consulta: 294132

MIRTES ANDREZZA COSTA LUCEN**DADOS CLÍNICOS**

Quente. Edema do tornozelo da noite de ontem. Dor intensa.

EXAMES

Radiografia de tornozelo - fratura distal de fíbula exposta

DIAGNÓSTICO**CID****DADOS DA SAÍDA**

DATA E HORA: 12/11/2017 - 14:58:40

(X) Alta () Alta a Pedido/A Revella

() Desistência

() Repouso

() Internação

() Encaminhado a:

() Transferido para:

() Óbito até 24 horas () Óbito > 24hs () IML () SVO () D.O.Nº _____

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atendente Responsável na Recepção: FABIANA MARIA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA PITIMBU, S/N. TIBIRI II, SANTA RITA - PB - Tel: 3217-5535



UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO **ABBE** ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BENEFICÊNCIA COOPERATIVA

Evolução do Serviço Social

Paciente: _____ Edad: _____

Data: _____

La batalla de Somosierra dio inicio la noche
de viernes 20 de octubre de 1936, en la que
los republicanos sitiados en Madrid
comenzaron a desplegar su artillería
contra la ciudad para romper el asedio.

Assinatura/carimbo

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



"Favor prescrever pelo princípio ativo conforme Resolução nº 64 de 30/08/03 da S. E. S e Decreto 79393/05"
"Observar padronização municipal"

RECEITUÁRIO
ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Edmundo Soares da Silva, de 18 anos, com história de queda por acidente de motocicleta, caindo a colidir o tornozelo esquerdo. Foi realizada radiografia da região concernente ao tornozelo esquerdo, foi constatada fratura distal (epífise) do fêmulo esquerdo. Solto portanto avaliação feita no ortopedista para tomada de conta. Fez exames complementares.

CID-10: S82.4

Obrigado!

Médico responsável
CRM

Santa Rita/PB

Remedio é coisa séria, só use medicamentos com orientação do seu médico*

COMPRA PREVIDÊNCIA

12 JUL. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO P. 2020



CERTIDÃO

Nº. 0155/2018

Atendendo solicitação de DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº77334 e Prontuário Nº 2017.06.003068 pertencentes a EDUARDO SOARES DA SILVA que foi atendido dia 12/11/2017 às 18h04min, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/11/2017 com alta médica dia 30/11/2017.

E para constar eu, ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Rossana de Fátima de Araujo Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533



AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
CEP: 58051-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Hora: 10:00:00

Recepção: MARJARA DOS SANTOS AI
Clinica: ORTOPEDIA

DETALHO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Num. Frontuario: 2017.06.003068

Name: EDUARDO SOARES DA SILVA
CNS: 700406446240748 Sexo: M IDENTIDADE: 4197441 Fone: 987468724
Natural: SAO MIGUEL DE TAIPU/PB Data Nas.: 14/01/1969 Id: 48 ano(s)
End.: RUA BELA VISTA, 246

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: SEBASTIANA SOARES DA SILVA

Fai: SEBASTIÃO SOARES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Ocupação: ACOTUGUEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Respl.: EDUARDO SOARES DA SILVA

Respl. Responsavel: 987468724 / IDENTIDADE: 4197441

Unidade de Saude UPA TIBIRI II

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial:

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo da Classificacao de Risco: AMARELO

PA:	PR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grav
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
SpO2, And:	O2:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Principais:		<input type="checkbox"/> Vomito	
Internas no Miz:		Observacao	

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 JUL. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Fornece no fornal exame
foi feito Dr. Renato
M. Reis est. Pousada
M. Reis est. Pousada*

Diagnóstico

Conduta

Horário da medicacão

Exame em Tornozelo E



Psicologico
28/11/17

Visita de rotina, paciente
nos momentos apurados
estado emocional otimo.

Valderi Araujo de Amorim

Psicólogo

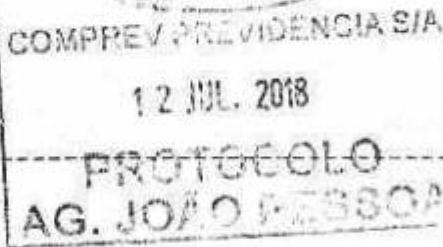
CPP 13/0859



Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd: Medicamentos Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ASSISTENCIA DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IMI


Assinatura do Paciente Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Eduardo Soárez

Data da Admissão: 12 / / / 17

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Traume na fenda ox

HDA: do 2 24 hor, frequente e bipartita
14 Dentes com fundo de bolha

Medicações em uso: _____

COMPRA/PRIVILEGIADA

12 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose, []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♦ _____

Exame Físico:

Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABC: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

COMPREV PREVIDENCIA SIA	
12 JUL. 2019	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Nome: Eduardo Soares Da silva				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 29/ 11/ 2017		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>			
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: Dr Eneas (R1)			
Anestesista:DR Souza Filho		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Maléolo Lateral E</i>					
CID S82.6					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
COMPRESSA EVIDENCIAS <i>12 JUL. 2018</i> PROTOCOLO <i>AG. INTEGRAL - SOA</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO SOARES DA SILVA

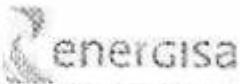
BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000010012066-0

Nr. da Autenticação 69DACE025590575

SEBASTIANA SOARES DA SILVA
ESTADUAIS DE SÃO PAULO
ESTADO DE SÃO PAULO 00101-000



1952-1953年全国小麦播种面积
和单位面积产量表

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

Atendemos en Ciudad Madero, TEL: 0800 083 0196. Atención personalizada.

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/CNPJ-RAE
Mar / 2018	25/05/2018	26/06/2018	42618690478

UC (Unidade Consumidora): 5/224483-8

Cana de contato

Anterior	Actual	Constante	Consumo	Días
2010	2011	2011		
Demonstración:				
2011 Consumo anual	19,101,210,147,0	\$8,891	\$2,09, 26	12,45
2011 Año Bimestral	5,303	\$2,21, 24	5,22	5,22
LAMINACIONES DE PVC				
2011 CONSUMO ANUAL	5,44	5,21, 2	5,22	5,22

• [Glossary](#) • [Feedback](#) • [Help](#) • [Log In](#) • [Log Out](#) • [Logout](#)

Nectria cinnabarina (Berk.)

VENCIMENTO
04/06/2018

~~TOTAL A PAGAR
RS 60,27~~

Notice to Contractors (N.W.C.)

RESERVADO A 2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021

? 2 JUL. 2013

[View document](#)

14G-107

ATENÇÃO

Festivals in the state

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DUVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Importante:

Morador da sua casa é sócio e cliente da NET. Acesse o site www.MeuNET.com.br para saber mais.

Notícias, informações e serviços de todos os serviços NET, horários e serviços de atendimento ao cliente, entre outras informações de sua casa.

Lote N° 2007/01. Esta fatura não é tributada, para a compensação de impostos sobre serviços de consumo, e qualifica-se como faturamento destinado aos estabelecimentos de 2012, referente às prestações dos serviços prestados pela NET FONE MELHORTEL à consumidor residente na estrutura que é administrada pela EMERGTEL.

Minha NET:

versão

 **MINHA BOA CONEXÃO**
HOME PAGE

 **NET VIRTUA**

 **NET Fone**

 **MINHA LOCAL**

 **NET VIRTUA**

Mensalidade Previsional VIRTUA

Consumo mensal de serviços de Internet e TV

15,67

Sub-Total Mensalidade Previsional VIRTUA

15,67

Total NET VIRTUA

 **NET Fone**

Consumo

15,67

Subtotal

15,67

Total NET Fone

VOÇÊ JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL
NAS REDES SOCIAIS?

TAMBÉM PODE UTILIZA-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA
DA SUA REDE WI-FI NA MINHA-NET.

Confira como é fácil reconfigurar o sua rede:
Na Minha-NET, escolha a opção "WI-FI CASA", veja todos os dados da sua rede e
altere o nome e a senha sempre que quiser.

SÃO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCÊ MULTIFETAR.

— simples, rápido e seguro.
Baixe o aplicativo no www.NET.com.br/minhamedia



Para fazer o download do aplicativo é necessário ter:
• Dispositivo com sistema operacional Android 4.0 ou superior e processador de 1,2 GHz ou superior e memória RAM de 512 MB ou superior;
• Conexão com a Internet;

• Criação de uma conta na Minha-NET;

• Ativação da função "Instalação de Aplicativos de Terceiros" no seu dispositivo móvel;

• Ativação da função "Instalação de Aplicativos de Terceiros" no seu dispositivo móvel;

• Ativação da função "Instalação de Aplicativos de Terceiros" no seu dispositivo móvel;

• Ativação da função "Instalação de Aplicativos de Terceiros" no seu dispositivo móvel;

ACESSO À REDE LOCAL

Pacotes de dados após o encerramento serão liberados para download de 0,025% e upload de 0,01% da utilização de cada pacote efetuado. A utilização de cada pacote efetuado é limitada a 100MB.

Atenção: não é garantida sua conexão com o provedor de internet. Banco Bradesco SA, Banco Comunitário do Brasil SA, Banco Cooperativo S.A. Banco de São Paulo, Banco Itaú SA, Banco Mercantil do Brasil SA, Banco Santander, Banco Américas, Caixa Econômica Federal, C

Client
ALEXANDRA CESAR DUARTE

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013

Identificação para Descrição
NET SERVIÇOS 9070133148570

Mes Referência
Abri/2018

SEBASTIANA SOARES DA SILVA
MAIS BELA VIDA DA CÉ, POPULAR
SANTARÉM / PARÁ CEP: 68010-000

Enviado: 25/05/2019 - Referência: Mai/2019
Cleber/Stock RESIDENCIAL / RESIDENCIAL

Received 15-8-2002-3110 M msidby 00000123666

 energisa

ENERGIA PARA LA DISTRIBUCION DE ENERGIA.

En 25 - Génie Recherche, Développement et Innovation

P-206 005 143 V0001-4G Page Est 180158ZD

卷之三

Notes from the Committee on Energy Efficiency through DSM

Cited from DB: Automated; 00002244028

—
—
—

Digitized by srujanika@gmail.com

卷之三

—
—
—

130-5 4251360047B

Matr. 2018 25/05/2018 25/06/2018 42618690478

25/05/2018

25/06/20

49518690478

El efecto de la actividad física en la salud cardiovascular es bien conocido y se ha demostrado que las personas que realizan actividad física tienen menor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Sin embargo, el efecto de la actividad física en la salud mental no es tan bien comprendido. Algunos estudios han sugerido que la actividad física puede tener un efecto positivo en la salud mental, como la reducción del estrés y la ansiedad. Sin embargo, otros estudios han mostrado resultados más ambiguos. Es importante tener en cuenta que la actividad física es solo una parte de una vida saludable y debe combinarse con una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable para obtener los mejores resultados.

Digitized by srujanika@gmail.com

AMERICAN AIRLINES 100000001473
FLIGHT 100000001473
CITYLINE SERVICES

[View all posts by **John Doe**](#) [View all posts in **Category A**](#) [View all posts in **Category B**](#)

2018-08-20 18

Digitized by srujanika@gmail.com

Comprimento do Consumo	Discriminação	Valor	%
Tipos de Diret. da Energia/P3	(%)		36
Fonte de Energia			
Fonte de Recarregamento			
Angulo Sideral			
Tipos Diret. e Encargos			
Tempo			
Total		R\$ 227	R\$ 0,00

卷之四百一十五

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO RIO DE JANEIRO
PROTÓCOLO
AGOSTO 2018

Nome	
Sobrenome	
CPF	
RG	
Endereço	
Nº	
Bairro	
Cidade	
UF	
CEP	
Sexo	
Altura	
Peso	
Cor	
Estado Civil	
Profissão	
Salário	R\$ 00,00

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



Minha NET:

- ROA LARGA NET EMPRESAS
60 MEGA FID
- FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL: 11

descrição

total

<input checked="" type="radio"/> NET VIRTUA +	145,00
<input checked="" type="radio"/> NET Fone	54,99
Itens Eventuais	-45,00

Valor Total
154,99 NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/07/18 A 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA ROA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID

145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

145,00

Total NET VIRTUA +

145,00

 NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
ASSINATURA	54,99
Total NET Fone	54,99

Itens Eventuais

Descontos/Cancelamentos

IN SORTEIO MENSALIDADE VIRTUA	45,00
Sub-Total Descontos/Cancelamentos	-45,00
Total Itens Eventuais	-45,00



- Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- Envie o encaminhamento de seu ato eletrônico e pagamento até a data de vencimento. NET Mídia ou Bemza/BCP.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- Deficiente Auditivo e de Fala: Ligue 0800 721 7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 4004-7777 para atendimento Núcleo Financeiro e compra de serviços (costa da ligação local).

Central de Relacionamento NET: 16621 e 9000-221900
REGISTROS DE ATENDIMENTO:
02112544494426, 92714254271006,
02112543177006, 92714250979306
02112543793167

Descontos: 03/07/2018 a 31/12/2018

Protocolo: 10/08/2018 a 10/08/2018

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção: estes pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A., BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

Clecia	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVIÇOS 9070145270823	Julho/2018	10/08/2018	154,99

84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7

NET SERVIÇOS 9070145270823 84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004

Importante:

Para mais informações sobre o cancelamento do seu fone, acesse www.net.com.br e entre na seção Minha NET > Minha Assinatura. O cancelamento é feito diretamente no sistema interno da NET, durante a permanência da assinatura, é necessário entrar dentro da cobertura da rede.

Minha NET:

- (1) BDA LARGA NET EMPRESAS
- (1) 60 MEGA FID
- (1) FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 11

descrição

total

(1) NET VIRTUA +	145,00
(1) NET Fone	54,99
Itens Eventuais	-45,00

Valor total

154,99

(1) NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/07/18 A 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA RDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID

145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +

145,00

Total NET VIRTUA +

145,00

(1) NET Fone

SERVIÇO:

DURAÇÃO:

ASSINATURA

54,99

Total NET Fone

54,99

Itens Eventuais

Descontos/Cancelamentos

-45,00

DESCONTO MINHA RDA/E VIRTUA

-45,00

Sub-Total Descontos/Cancelamentos

-45,00

Total Itens Eventuais

-45,00

COMPREV (COMPREV)
13 AGU. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA



Acesse: www.net.com.br e confira!

- ! Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br.
- Evite o desligamento de seu fone efetuando o pagamento até a data de vencimento. NET fatura ao Sistel/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
Deficiência Auditiva e de Fala (fone 0800 721 7787 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo da ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 18621 e 0800-7217787
(deficiências auditivas)
Cuidadoria 08007010100

- REGISTROS DE ATENDIMENTO:
90718254494496, 90718254317106,
90718254317108, 90718254281939,
90718254770167

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção: efetua seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANRIGUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CIFI,

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Julho/2018	10/08/2018	154,99

84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS
JOSE MARINHO DE SOUSA
RUA MARIA ROSA, 58 - MANAIRA JOAO PESSOA PB
58038-461

REFERENCIA
AGO/2018

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Fechadas	Quase	Abertas	Cegas	
001.039.400.0048.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N442177	14/12/2012	JARDILAC	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

904 961 57 30 32/09/2018

HIST. CONS./ANOR. LEIT.| QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

MES/2018	74	6	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2018	66	6	TURBIDEZ	268	275
MAI/2018	46	6	CLORO	268	277
ABR/2018	25	6	COL. TERMOT	0	0
MAR/2018	18	0	COR	73	88
FEV/2018	23	6	COL. TOTALS	268	277
MEDIA(M)	42		DADOS REFERENTES A JUN/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 03/08/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 12:36:25

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	27 M3	236,52

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	27 M3	236,82

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 69,55 PIS E CONFINS.LEI 12.741/2012

VENCIMENTO:	17/08/2018	Total a Pagar:	R\$ 751,88
-------------	------------	----------------	------------



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA É PERDIDA, NAO TEH JOGO GANHO"



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
263419	AGO/2018	17/08/2018	R\$ 751,88

PAGA
3,4

COMPREV
2018
PRO
COL
PE
SOA
COMPREV
PREVIDÊNCIA
ASIA

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Soares da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.789.588-30 do sinistro de DPVAT cobertura envolvendo da Vítima, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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>Anh. Maria Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento
Bairro	<u>Marnaiúva</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>99360-1170</u>	CEP
		Telefone celular (DDD)	<u>98663-2900</u>	

João Ribeiro de Julho de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPRA/PROVIMENTO S/	12 JUL. 2018
PROTÓCOLO	JOÃO RIBEIRO
AG. JOÃO RIBEIRO	JOÃO RIBEIRO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MAILSON SOARES DA SILVA

RG nº 337016, data de expedição 01/10/2003

Órgão SCP, portador do CPF nº 01923085185 com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BELA VISTA 365, nº 365,

complemento QNSA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDUARDO SOARES DA SILVA, cujo o condutor era
EDUARDO SOARES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: FAN 125

Ano: 2017

Placa: N25-2624

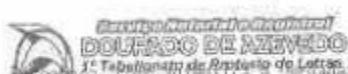
Chassi: 3C22E4110BR756850

Data do Acidente:

Local e Data: SANTA RITA, 10-01-18

X Mailson Soares da Silva
Assinatura do Declarante

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



DOURADO DE ALMEIDA
Notariais - Advocacia - Consultoria - Contabilidade

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-060
Fone/Fax: (83) 3229-2252
Santa Rita - Paraíba
E-mail: dourado@bol.com.br

É a test da verdade, Santa Rita - PB 17/01/2018 14:16:26
Virgínia Velloso Borges Dourado de Almeida Substituto
(2018-000078)EDUL-RB X9,45 FABRICIO 0,20 FEP1-RB 1,50 ISS-RB 0,47
CÓDIGO DIGITAL: A0H53903-CS35
Confira a autenticidade eletrônica: www.douradoalmeida.com.br





CERTIDÃO

Nº. 0155/2018

Atendendo solicitação de DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº77334 e Prontuário Nº 2017.06.003068 pertencentes a EDUARDO SOARES DA SILVA que foi atendido dia 12/11/2017 às 18h04min, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/11/2017 com alta médica dia 30/11/2017.

E para constar eu, ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Rossana de Fátima de Araujo Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533



AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
CEP: 58051-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Hora: 10:00:00

Recepção: MARJARA DOS SANTOS AI
Clinica: ORTOPEDIA

DETALHO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Num. Frontuario: 2017.06.003068

Name: EDUARDO SOARES DA SILVA
CNS: 700406446240748 Sexo: M IDENTIDADE: 4197441 Fone: 987468724
Natural: SAO MIGUEL DE TAIPU/PB Data Nas.: 14/01/1969 Id: 48 ano(s)
End.: RUA BELA VISTA, 246

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: SEBASTIANA SOARES DA SILVA

Fai: SEBASTIÃO SOARES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Ocupação: ACOTUGUEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Respi.: EDUARDO SOARES DA SILVA

Func. Responsavel: 987468724 / IDENTIDADE: 4197441

Linha: UNIDADE DE SAUDE UPA TIBIRI II

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo da Classificação de Risco: AMARELO

PA:	PR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grav
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
SpO2, And:	O2:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Principais:		<input type="checkbox"/> Vomito
Internas no MIE		<input type="checkbox"/> Observacao

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Fornece no fornal exame
foi feito Dr. Renato
M. Reis e Dr. Poulsegod
fazendo anamnese em termozelos E*

Diagnóstico:

Conduta:

Horário da medicacão



Psicologico
28/11/17

Visita de rotina, paciente
nos momentos apurados
estado emocional otimo.

Valderi Araujo de Amorim

Psicólogo

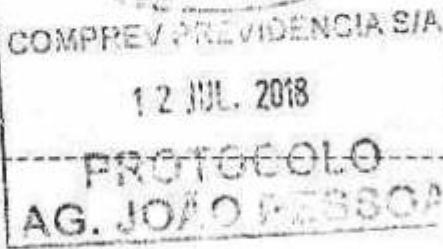
CPP 13/0859



Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd: Medicamentos Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ASSISTENCIA DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IMI


Assinatura do Paciente Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Eduardo Soárez

Data da Admissão: 12 / / / 17

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Traume na fenda ox

HDA: do 2 24 hor, frequente e bipartita
14 Dentes com fundo de bolha

Medicações em uso: _____

COMPRA/PRIVILEGIADA

12 JUL. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose, []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♦ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABC: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

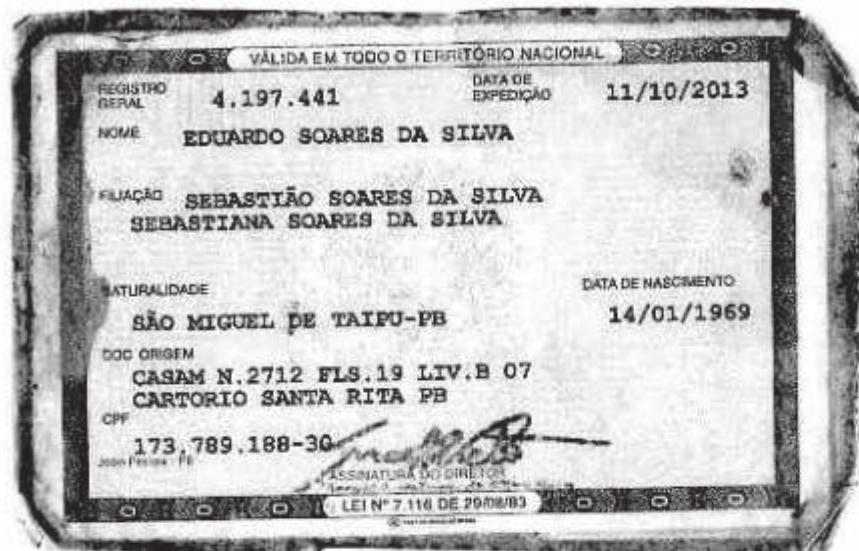
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

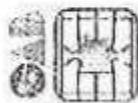
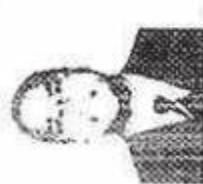
Conduta: _____

COMPREV PREVIDENCIA SIA
12 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome: Eduardo Soares Da silva				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 29/ 11/ 2017		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>			
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: Dr Eneas (R1)			
Anestesista:DR Souza Filho		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Maléolo Lateral E</i>					
CID S82.6					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>COMPROMISSO DE EVIDENCIAS</i> <i>12 JUL. 2018</i> <i>PROTÓCOLO</i> <i>AG. INFORMES SOA</i> </div>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



05701435



00000000000000000000000000000000



ORDEM DOS ADVOGADOS

DA UNIÃO - RJ

REGISTRO DE PROTOCOLOS

PROTÓCOLO N.º 05701435

DATA: 12/07/2013

HORA: 10:45:00

TIPO: 00000000000000000000000000000000

ASSUNTO: 00000000000000000000000000000000

Nº 00000000000000000000000000000000
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO VIEIRA

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA SERRA DA
IDENTIDADE DE PROVOCADO
000



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA SERRA DA
IDENTIDADE DE PROVOCADO
000

JOSÉ EDUARDO DA SILVA

PROVOCADO

12578 - CERTIFICADO DA SERRA

CONSOLIDAÇÃO

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

000

PROVOCADO

PROTÓCOLO
AG. IOF P-2018
06 ABR. 2018
PRF / PREVIDENCIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO PARANÁ
CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL
CÓDIGO DE PROTEÇÃO DA PESSOA

0570465

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320033 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM TORNOZELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320033 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM TORNOZELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320033 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM TORNOZELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

RECEBIDO
COMPREV PREVIDENCIAS S/A
12 JUL. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO

OUTORGANTE:

José Eduardo Soares da Silva
 brasileiro(a), estado civil DISOCIADO profissão
ACOQUINHO, CI RG nº 41.397.448,
 CPF/MF nº 173.789.188-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Rua Bela 246,
 Cidade de SANTA RITA, Estado
Paraíba, CEP: 58305.220, telefone
(83)99342.3170 (83)98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
 sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na
 cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
 para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
 por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
 o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
 necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
 Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de AS
 responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
 documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Santa Rita PB, 15 de Janeiro de 2018.

3º OFÍCIO

→ Eduardo Soares da Silva

OUTORGANTE

Recebido por meus/na(s), at(s) firmado(s) de:
 EDUARDO SOARES DA SILVA
 Dto 16 Santa Rita PB - 15/01/2018
 Tabelão de Notas Conveniente Menezes
 Selo Digital AGC75016-7PQV
 Consulte a validade da assinatura em <https://seledigital.tabelionato7.com.br>
 Valor R\$ 9,48 IRRS R\$ 0,41 PARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,11 FIPRBS R\$ 0,90