

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.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 13102007



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

Carta nº 13102135



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.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 13206595





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do sinistro ou ASL

CPF da Vítima

573.789.588-30

Nome completo da vítima

Eduardo Soares da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Eduardo Soares da Silva	573.789.588-30	Açougueiro
Endereço	Número	Complemento
R. Bela Vista	246	
Bairro	Estado	CPF
Popular	DB	58303.220.
Cidade	Telefone (DDD)	
Santa Rita	(83) 99342.1570	
E-mail		
eduardosilva@hotmail.com		

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

AGÊNCIA
NR 1208
DV 8
CONTA
NR 12.066
DV 9
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome
AGÊNCIA
NR 1208
CONTA
NR 12.066
DV 9
(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, 15 de Janeiro de 2018.

Local e Data

Eduardo Soares 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 Araújo 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, Alpagatas, 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:

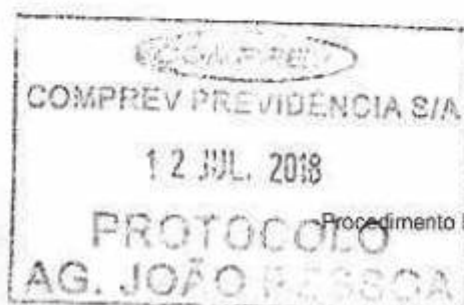
QUE segundo o notificante, no dia 11/11/2017, por volta das 17:30 horas, quando transitiva pela BR 230, próximo a alpagata em Santa Rita/PB o notificante pilotava o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 125 fan /ks de cor preta, placa: NQE 2624/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR756850, registrado em nome de Mailson Soares da Silva-CPF nº 089.230.854-05; QUE segundo o notificante transitivara 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 DRª 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de junho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDUARDO SOARES DA SILVA
Noticiante





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 <u>Eduardo Soares da Silva</u>	CPF da Vítima <u>173.789.188-30</u>	Data do Acidente <u>11/11/17</u>
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>Eduardo Soares da Silva</u>	CPF do Representante legal <u>173.789.188-30</u>
Email <u>eduardo@soaresda Silva.com.br</u>	Telefone (DDD) <u>11 3333-1117</u>

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 efeitos 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. JOAO PESSOA

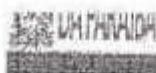
Santa Rita, 15 de Janeiro de 2018.

Local e Data

X Eduardo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Senha:

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

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

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 25790 - EDUARDO SOARES DA SILVA

Nº F.A.A.: 69981

Sexo: M CNS: 700406445240748 Raça/Cor: PARDA

DN: 14/01/1969

Idade: 48 Anos, 9 Meses e 29 Dias

Mãe: SEBASTIANA SOARES DA SILVA

Etnia:

RG: 4197441

CPF: 73.789.188-30

Complemento:

Bairro: POPULAR

Endereço: RUA BELA VISTA - 246

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

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
Pulso: Freq. Respiratória: Peso: Kg Altura: m Dor:
Tipo Clínica: CLINICA MEDICA Prof. Resp. pré-consulta: 294132

MIRTES ANDREZZA COSTA LUCEN

DADOS CLÍNICOS

EXAMES

DIAGNÓSTICO

CID

PRESCRIÇÃO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DADOS DA SAÍDA

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

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

Modelo 44



PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ABBC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE URGÊNCIA

GOVERNO
DA PARAIBA

"Favor prescrever pelo princípio ativo conforme Resolução nº 64 de 30/06/03 da S. E. S e Decreto 793/03-35"
"Observar padronização municipal"

RECEITUÁRIO

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Edmarcel Soares da Silva, de 48 anos, com história de queda por acidente de motocicleta, vindo a colidir o tornozelo esquerdo da perna. Realizou a radiografia da região acometida (tornozelo esquerdo), foi constatada fratura distal (epifise) de fíbula, exame da simples. Solicito portanto avaliação com pronto a ortopedia para tomada de conduta. Fazer analgesia parenteral.

CID-10: S82.4

Obrigado!

Med. Responsável
CRM: 12.345

Médico responsável
CRM:

Santa Rita/PB

"Remédio é coisa séria, só use medicamentos com orientação do seu médico"

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO P. 12345

CERTIDÃO

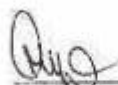
Nº. 0155/2018

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 Tarcísio Burity, 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.

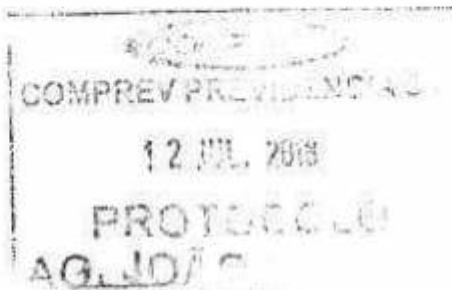
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/11/2017 com alta médica dia 30/11/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533



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

MOB: 10.00.00

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AI
Clinica: ORTOFEDIA

PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Num. Frontuario: 2017.06.003068

Nome: EDUARDO SOARES DA SILVA

CNS: 709406446240/45 Sexo: M IDENTIDADE: 4197441 Fone: 987468724

Natural: SAO MIGUEL DE TAIPU/PB Data Nasc.: 14/01/1969 Id: 48 ano(s)

End.: RUA BELA VISTA, 246

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: SEBASTIANA SOARES DA SILVA

Pai: SEBASTIAO SOARES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Ocupacao: ACOQUEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDUARDO SOARES DA SILVA

Doc. Responsavel: 987468724 / IDENTIDADE: 4197441

Unidade: 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 de Classificacao de Risco: AMARELO

PAI:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

EC:

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso:

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia:

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd:

O2:

☐ Regular ☐ Chocado

Principais:

TRATAMENTO NO NIE

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL. 2013

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Tranque no joelho esquerdo
do Edmundo DDT Ruel
Leandro*

Diagnostico: *Inf. Aguda do joelho esquerdo*

Horario da medicacao

Tranque no joelho E

Medico
Cirurgia

Psicologia
28/11/17

Visita de rotina. Paciente
no momento apresenta
estado emocional estável

Valderi Araújo de Andrade

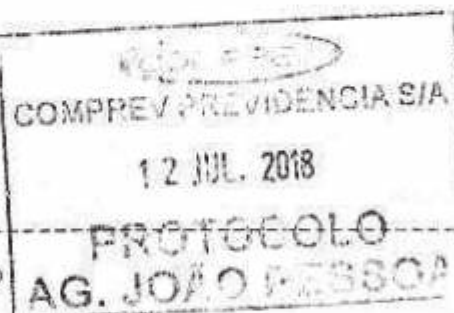
Psicólogo

CRP 13/0859

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
-------	--------------	------	---------	----------



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Acestado ☐ SVO ☐ IMI

Assinatura do Paciente Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Eduardo Soares Data da Admissão: 12/11/17
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Tomeu em febre 47
 HDA: Há 24 hrs, febre em 47°C
há dor de cabeça forte

Medicações em uso: _____

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

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ 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-reposso ☐ 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: _____

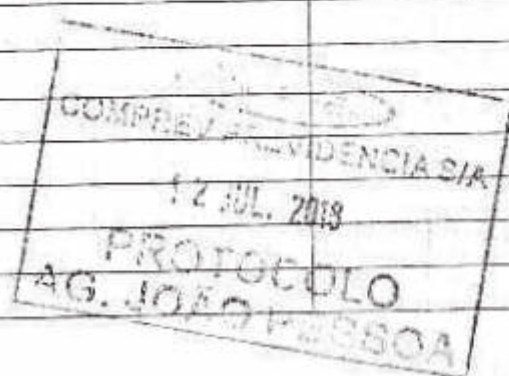
Conduta: _____

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nome: Eduardo Soares Da silva				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			Traumatologia		
Data: 29/ 11/ 2017			Cirurgião: Alexandre Galvão		
1º Assistente: Jorge Augusto			2º Assistente: Dr Eneas (R1)		
Anestesista: DR Souza Filho			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura do Maléolo Lateral E					S82.6
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese do Tornozelo					
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 69DACED025590575

SEBASTIANA SOARES DA SILVA
RUA BOM VIZINHO, 242, POPULAR
MATA D'ÁGUA (PB) CEP: 56101-020 (55.31)

CPF: 21.031.021-8 Fone: (51) 3091-2211
E-MAIL: RES-2004@energisa.com.br
FAX: (51) 3091-1010 Site: www.energisa.com.br

energisa

ENERGISA S.A. - CNPJ: 06.940.240/0001-00
RUA BOM VIZINHO, 242, POPULAR
MATA D'ÁGUA (PB) CEP: 56101-020 (55.31)

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

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAE
Mai / 2018	25/05/2018	26/06/2018	42618690478

UC (Unidade Consumidora): 5/224483-8

Canal de contato

Para a Energisa Energia Clientes, consulte o site ou o telefone 0800 083 0196 para obter mais informações sobre a sua conta, incluindo a possibilidade de cancelamento da conta e a possibilidade de portabilidade para outras concessionárias de energia elétrica.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
04/05/18	05/06/18	0000	90	30

Demonstrativo

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo Energia	15.000,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00
Adm. e Manutenção	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00
CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00

Valor de Cobrança a Pagar: 60,27

Média últimos meses (KWh): 90
VENCIMENTO: 04/06/2018
TOTAL A PAGAR: R\$ 60,27

Histórico de Consumo (KWh)

Período	Consumo (KWh)
01/05/18 a 01/06/18	90

RESERVADO 2018-06-04 14:33:31 7433 3163 b14f 2e9b 75de 05bd

12 JUL 2018

PROTEÇÃO

AG. JOÃO

Indicadores de Qualidade

Indicador	Valor	Limite
Índice de Qualidade de Energia (IQA)	100	100

Total: 60,27

ATENÇÃO: Faturas em atraso

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

Importante:

Minha NET é um serviço de internet sempre atualizado. Acesso
em: www.minha.net e www.net.com.br.
Nem em caso de interrupção de serviço, a NET assume a responsabilidade
de providenciar o serviço, até a solução da falha.
Lar nº 1204709. Esta declaração substitui, para a
comprovação de pagamento das tarifas de
consumidor, a quitação anual das tarifas de internet e os
dados de acesso em 2017, referentes às
manifestações dos serviços prestados pela NET, e pela NET
FONE NA LIGADORA 114, declaração referente a este serviço
e a manifestação para LIGADORA 114.

Minha NET:

- ☒ VÍDEO COM COM FONE
HÍBRIDO
- ☒ FONE NA LOCAL

Seleção

- ☒ NET VIRTUA
- ☒ NET Fone

NET VIRTUA

Mensalidade Proporcional VIRTUA	11,91
Sub-Total Mensalidade Proporcional VIRTUA	11,91
Total NET VIRTUA	11,91

NET Fone

Sub-Total Mensalidade Proporcional FONE	11,91
Total NET Fone	11,91

VOCE JA UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL
NAS REDES SOCIAIS
TAMBEM PODE UTILIZA-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA
DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

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

SAO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCE MULTIMÉDIA.

É simples, rápido e seguro.
Baixe o aplicativo ou acesse: net.com.br/minha.net

1. Para obter o aplicativo, vá até a loja de aplicativos do seu celular.
2. Digite o nome do aplicativo e procure pelo aplicativo da NET.
3. Clique no ícone do aplicativo e siga as instruções para instalação.
4. Após a instalação, abra o aplicativo e siga as instruções para configuração.

1. Para obter o aplicativo, vá até a loja de aplicativos do seu celular.
2. Digite o nome do aplicativo e procure pelo aplicativo da NET.
3. Clique no ícone do aplicativo e siga as instruções para instalação.
4. Após a instalação, abra o aplicativo e siga as instruções para configuração.

Central de Atendimento NET: 114 e 0800-707070
Horário de atendimento: 24h
Contato: 0800-707070

Pagamentos após o vencimento serão cobrados com juros de 0,033% e multa de 1%. As cobranças de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobradas com juros de 0,033% e multa de 1%.

Atenção: Não se esqueça de pagar suas contas em tempo hábil para evitar a suspensão do serviço. Para mais informações, consulte o site net.com.br ou ligue para 114.

Identificação para Débito
NET SERVICOS 9070133148670

Mes Referência
Abril/2018

Cliente
ALEXANDRA CESAR DUARTE

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013

PROVIDENCIA
05 ABR. 2018
PROTOCOLO
1040 PERS

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

001/004



Minha NET:

- ⊖ BDA LARGA NET EMPRESAS
60 MEGA FID
- ⊖ FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL 11

descrição

- ⊖ NET VIRTUA +
- ⊖ NET Fone
- Itens Eventuais

total

145,00
54,99
-45,00

Valor total
154,99

⊖ NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

DE 01/08/18 A 31/07/19 MENSALIDADE VIRTUA BDA 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 SUMO MENSALIDADE VIRTUA

-45,00

Sub-Total Descontos/Cancelamentos

-45,00

Total Itens Eventuais

-45,00



APROVEITE O DESCONTO EM TODAS
AS ATRAÇÕES DOS ESPAÇOS CULTURAIS

NET 50% OFF

Desconto em até
4 ingressos

NET 50% OFF

NET 50% OFF

Desconto em até
2 ingressos

Acesse: www.net.com.br e confira

- ⚠ Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- ⚠ Exito e desligamento de seu sinal eletronicamente e pagamento até a data de vencimento. NET muda as regras/SCPC.
- ⚠ Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- ⚠ Caso existam serviços prestados e não anuidades, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- ⚠ Dedicado Audível e de Fala Livre 0800 721 7707 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- ⚠ Ligue 0800-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

- ⚠ Central de Relacionamento NET: 19621 e 0800-721 7707 (Atendimento 24h)
- ⚠ Dedicado 0800 721 7707

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
007182544494426, 007182543771046,
007182543771046, 007182543771046,
007182543771046

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 efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESPA, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPLE

Cliente	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

TERMO DE APROVAÇÃO DE CANCELAMENTO DE SERVIÇOS: O CANCELAMENTO DE SERVIÇOS DEVE SER REALIZADO ATÉ 10 DIAS ANTES DO VENCIMENTO DA PRÓXIMA FATURA. O CANCELAMENTO DE SERVIÇOS REALIZADO APÓS O VENCIMENTO DA PRÓXIMA FATURA NÃO TERÁ EFEITO.

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

001/004



Minha NET:

- BOA LARGA NET EMPRESAS
60 MEGA FIO
- FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL 11

descrição

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

total

Valor total
154,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/07/18 a 31/07/18 MENSALIDADE VIRTUA BOA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FIO

145,00

Sob-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	
DESCONTO MINHA LARGA VIRTUA	-45,00
Sub-Total Descontos/Cancelamentos	-45,00
Total Itens Eventuais	-45,00



APROVEITE O DESCONTO EM TODAS AS ATRAÇÕES DOS ESPAÇOS CULTURAIS.



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

- Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- Evite o cancelamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data de vencimento. NET filiada ao Serasa/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.
- 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 técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 18621 e 0800-7217707 (deficientes auditivos)
Cuidadora 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
907182544494456, 907182543171006,
907182543171006, 907182542819329,
907182542790167

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 efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANESPA, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

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

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

VALIDADE DO BOLETO: 10 DIAS A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO. O BOLETO NÃO PODE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE OUTROS TÍTULOS. O BOLETO NÃO PODE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE OUTROS TÍTULOS. O BOLETO NÃO PODE SER UTILIZADO PARA PAGAMENTO DE OUTROS TÍTULOS.

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

REFERENCIA
AGO/2018

JOSE MARINHO DE SOUSA
RUA MARIA ROSA, 58 - MANAIRA JOAO PESSOA PB
58038-461

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Educação	
001.039.400.0048.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y12N442177	14/12/2012	LARD LAC	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
904	961	57	30	32/09/2018

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

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

DADOS REFERENTES A: JUN/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 03/05/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 12:38:25

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 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 - 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

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO"

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	PAGA
263419	AGO/2018	17/08/2018	R\$ 751,88	3,4

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/BIBLIOTECASWEB/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 João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.530.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Soares da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 173.789.588-30, do sinistro de DPVAT cobertura envolvido 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

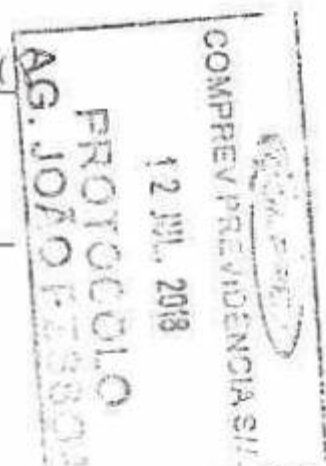
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Almoina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>99340-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa de Julho de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARILSON SOARES DA SILVA,
RG nº 3370186, data de expedição 01/10/2003
Órgão SSP, portador do CPF nº 08923045185 com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BELA LISTA 365, nº 365,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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: MOTO
Modelo: FAN 125
Ano: 2017
Placa: NOE-2624
Chassi: 9C22C4110BR756850
Data do Acidente: 17/11/017
Local e Data: SANTA RITA, 12-01-18

x Marilson Soares da Silva
Assinatura do Declarante

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

Secretaria Municipal de Registro
DOURADO DE AZEVEDO

1ª Tabelionato de Registro de Letras

Rua São João, nº 27 - Centro

CEP: 50.200-100

Telefone: (81) 3229-2252

Santa Rita - Paraíba

Fax: (81) 3229-2252

E-mail: registro@secreg.mg.gov.br

Em test. da verdade, Santa Rita - PB, 12/01/2018, 14:16:26

Virgínia Vellozo Borges Dourado de Azevedo - Substituta

[2018-000378] JENL:RS 89,48 FAREM:RS 0,28 FEPJ:RS 1,80 ISS:RS 0,47

SELO DIGITAL: AGN53903-CS35

Código de autenticação em PDF: 76224710180000000000000000000000

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
12 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO

CERTIDÃO

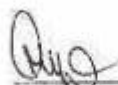
Nº. 0155/2018

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 Tarcísio Burity, 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.

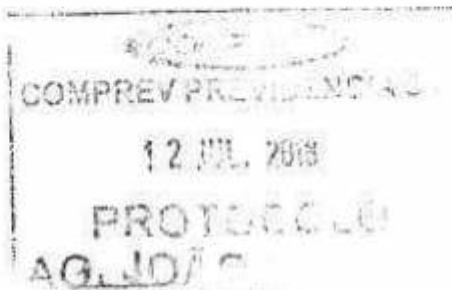
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/11/2017 com alta médica dia 30/11/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3533



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

MOB: 10.00.00

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AI
Clinica: ORTOFEDIA

PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

Num. Frontuario: 2017.06.003068

Nome: EDUARDO SOARES DA SILVA

CNS: 700406446240/45 Sexo: M IDENTIDADE: 4197441 Fone: 987468724

Natural: SAO MIGUEL DE TAIPU/PB Data Nasc.: 14/01/1969 Id: 48 ano(s)

End.: RUA BELA VISTA, 246

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: SEBASTIANA SOARES DA SILVA

Pai: SEBASTIAO SOARES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: DIVORCIADO(A)

Ocupacao: ACOQUEIRO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDUARDO SOARES DA SILVA

Doc. Responsavel: 987468724 / IDENTIDADE: 4197441

Unidade: 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 de Classificacao de Risco: AMARELO

PAI:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

EC:

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso:

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia:

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd:

O2:

☐ Regular ☐ Chocado

Principais:

TRATAMENTO NO NIE

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL. 2013

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Tranque no joelho esquerdo
do Edmundo DDT Ruel
Leandro*

Diagnostico: *Inf. no joelho esquerdo* Conduta: *Tranque no joelho esquerdo*

Horario da medicacao

Tranque no joelho esquerdo E

Medico
Enfermeiro
Farmaceutico

Psicologia
28/11/17

Visita de rotina. Paciente
no momento apresenta
estado emocional estável

Valderi Araújo de Andrade

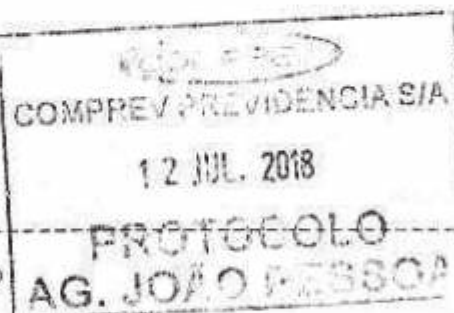
Psicólogo

CRP 13/0859

Data e Hora: PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
-------	--------------	------	---------	----------



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Acestado ☐ SVO ☐ IMI

Assinatura do Paciente Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Eduardo Soares Data da Admissão: 12/11/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Tomeu em febre 47
HDA: Há 24 hrs, febre em 47°C
há dor de cabeça forte

Medicações em uso: _____

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUL 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposso [] 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 S/A
12 JUL 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPANHIA DE
12 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.197.441 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/10/2013

NOME EDUARDO SOARES DA SILVA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO SOARES DA SILVA
SEBASTIANA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE SÃO MIGUEL DE TAIPU-PB DATA DE NASCIMENTO 14/01/1969

DOC ORIGEM CASAM N.2712 FLS.19 LIV.B 07
CARTORIO SANTA RITA PB

CPF 173.789.188-30

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03

CANTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

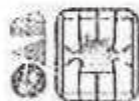
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124

[illegible]

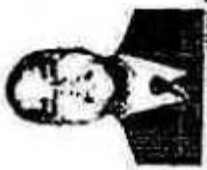
54320

05707492



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUL. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INSTITUTO BRASILEIRO DE REGISTRO E CARTORIO 05701485



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE ADVOCACIA
IDENTIFICACAO DE ADVOGADO

12578

12578

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PEDRO DA SILVA

12578

12578

12578

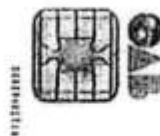
12578

12578

PREVIDENCIA
06 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PEDRO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



05701485

12578



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DA PIAUÁ
IDENTIDADE DE ABOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

ABO

JOSEFA GERVAIS DA SILVA

ABO

JOÃO PESSOA-PE

NÃO

Art. 10, § 1º, da Lei nº 8.912/94, de 6 de dezembro de 1994, que dispõe sobre a organização do Poder Judiciário e sobre a criação de órgãos de controle e fiscalização da administração pública, e dá outras providências.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE:

Eduardo Soares da Silva
brasileiro(a), estado civil DISVOCIADO profissão
Advogado, CI RG nº 4.197.441,
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)99342.1170, (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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita, PB, 15 de Janeiro de 2018.



Eduardo Soares da Silva

OUTORGANTE

3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA - PB
Rua Siqueira Campos, 19, Centro, Santa Rita - PB

Renata Gonçalves - Juiz(a)
Rita Siqueira Campos, nº 19 A
Santa Rita - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
EDUARDO SOARES DA SILVA
Dov. de: Santa Rita/PB - 15/01/2018
Tabela de: Renata Gonçalves Moura
Selo Digital: AGC75076-7PQV
Consulte a validade em: <https://scfodigital.tribjua.br>
Lanç: RS 9.48 MS 0.471 ARPEN RS 0.28 MP RS 0.15 FETP RS 90