

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

Nº Sinistro: 3180472585

Vitima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180472585**.

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 13470709



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472585 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	022.856.627-59	Antonio Francisco de Souza Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio Francisco de Souza Filho	022.856.627-59	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua Emídio Leite	668	
Bairro	Cidade	CEP
Centro	Alagoinha Nova	85200-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PI	(83) 98632-7750
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.		

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

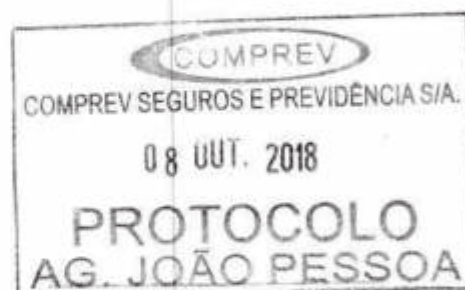
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
3834	8	20045	X
(Informar dígito se existir)		(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.

Alagoinha Nova-PE, 04 de 08 de 2018
Local e Data

Antonio Francisco de Souza Filho
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Antônio Francisco de Souza Filho

CPF da Vítima

022.956.627-53

Data do Acidente

08/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

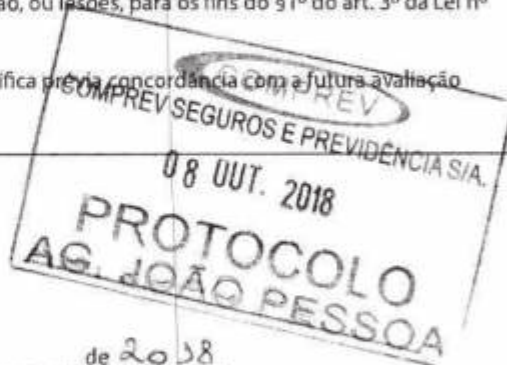
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Alagoas Nova - PB, 04 de 03 de 2018

Local e Data

Antônio Francisco de Souza Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – ESTADO PARAIBA – PODER EXECUTIVO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA – PB – CNPJ : 11.838.096-0001/88
SAMU 192 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaramos para todos os fins de direito que fizerem necessários que ANTÔNIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO, RG:1516813SSP/PB, CNS:706.2005.4981.4762, foi atendido pelo nosso serviço registrado sobre o Nº1685730, em 08/04/2018 às 08:58hs, na USB 035 de Alagoa Nova –PB, vítima de ATROPELAMENTO DE MOTO, consciente, orientado, apresentando sudorese intensa, palidez, fratura exposta de MMII E, escoriações em MMSS, dr na cervical lombar. Feito atendimento de acordo com o protocolo, encaminhado para HTCG, com a autorização do médico regulador.

ALAGOA NOVA – PB, 11/07/2018

Janécleide Maria Costa Sampaio
ENFERMEIRA - COREN 110600
COORDENADORA SAMU
Município 3192

JANÊCLEIDE MARIA COSTA SAMPAIO
COORDENADORA SAMU 192 ALAGOA NOVA – PB
COREN 110600 PB



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: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03814-8

CONTA: 000010020045-1

Nr. da Autenticação B34C30A5F09A40C9

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA
RUA EUNDES LEITE, 288 - CENTRO
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG-71)
Emissão: 10/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B+230 A+25
Roteiro: 4-77-800-410 Nº medidor: 00000157063

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Redentor, João Pessoa / PB CEP: 58071-000
CNPJ: 08.085.182/0001-42 Insc. Est.: 15.015.823-0

Nota Fiscal: Contas de Energia Elétrica Nº 010 863 881
Cód. para Dct. Automática: 00002400893

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	10/08/2018	10/09/2018	205.207.604-25 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/240089-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
11/07/18	32512	10/08/18	32601		89	30	

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cód.	Alta	Unid.	Base Cál.	Por(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Por(Códe(R\$))		(1,0845%)	(4,9955%)
0601	Consumo em kWh	88,000	0,717830	63,15	63,15	25	15,79	63,15	0,88
0601	Adic. B. Vermelha			0,38	0,38	25	1,59	0,38	0,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			1,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 07/2018			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 07/2018			1,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 72,75 69,55 17,28 69,55 0,75 2,47

Média últimos meses (kWh) 99

VENCIMENTO 17/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 72,75

Histórico de Consumo (kWh)

88 | 87 | 84 | 90 | 108 | 102 | 88 | 94 | 89 | 100 | 112 | 82
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO NO BLOCO 94b8.21ea.56d1.6521.78ae.23a4.68cb.4ad3.

Indicadores de Qualidade 6/2018 - Anel			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	12,94		
DIG ANUAL	25,89		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC TRIMESTRAL	10,47		
FIC ANUAL	15,75		LIMITE SUPERIOR 221
CI/C	3,80	0,00	
CI/R	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	16,65	22,86
Compra de Energia	24,10	33,12
Serviços de Transmissão	2,55	3,51
Encargos Setoriais	4,82	6,63
Impostos Diretos e Encargos	24,33	33,42
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	72,75	100,00

Valor de USD (Ref. 6/2018) R\$28,88

ATENÇÃO

Faturas em atraso

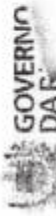
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

08 JUL 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

08/04/2018



RETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERG. JC

UMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PROT (B.E) Nº:1630889

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 08/04/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Sabrina Cavalcante Pereira Araújo

Nascimento:28/10/1971

CEP:58125000

PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO

DE SOUZA FILHO

Endereço:ENILADO LEITE

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: ANGELITA NASCIMENTO DE

SOUZA

Responsável: MARIA DE FATIMA

Estado Civil:Casado(a)

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



08 JUL 2018

PROTÓCOLO

AGILIZAÇÃO DESS.

1. Abuso
2. Amputação
3. Avaliação
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalme
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagoramento
11. Equimose
12. Ferida aberta
13. Ferida de fogo
14. Ferida perfurante
15. Ferida cortante
16. Ferida contusa
17. Ferida contusa
18. Ferida cortante
19. Fratura aberta
20. Fratura fechada
21. Hematoma
22. Ingestão de corpo estranho
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Mordedura
28. Objeto Enfiado
29. Otite
30. Paralisia
31. Parese
32. Parosteite
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Atropelamento por moto

HTCC-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento, há 1 hora (hora = 10:35), trazido pelo SAMU, devidamente imobilizado. Nega história de perda de consciência, vômitos ou tontura. Apresenta hábito ético. Relata dor em dorso.

(A) VA pênula (B) MV + em AHT, sem sinais de excitação/dor em costelas.

(C) RCR, ST. Pressão periferica (radiais e pedúnculos) presentes, chumaço de m. (D) ECG = 15, pupila, isocóricas.

(E) Escala de consciência em nível normal.

Fratura aberta em tornozelo (E) → encaminhado no momento do 1º atendimento.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotoreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT:

Sal02

Abdome plano, depressível, sem sinais de irritação peritoneal, sem dolor a palpacao.

Pele sem sinais de instabilidade.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

às 10:45

Dia 08/04/18

Especialista:

às

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Antonio Francisco de Souza	Filho
End:	Encosto Leite - 269	Bairro: Alagoinha Nova
Data de Nascimento:	28.10.71	Documento de Identificação:
Queixa:	Atendimento	Data do Atend.: 09.04.18 Hora: 10:30 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	

Classificação de Risco

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

MOD. 110

Estratificação

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

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

Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287

Assinatura e carimbo do profissional

Diagnóstico

1874. 1875.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

270
270

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
Arturio Francisco J. Pinto		43		
Data	Prescrição Médica	Horário		
23.04	1 - Dieta livre	et		Rib
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	R		es 1 Ave 1
	3 - Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento).	et		A H 1200 h e 1800 h
	4 - Tilatil 20 mg I.V. 12 / 12 h.	10 06		a 100 h 1800 h
	5 - Omeprazol 40 mg t. V. 01 X dia.	R		1800 h
	6 - C. C. G.			solução RX
	7 - Cateterização 1.000	18 16		curativo
	8 - Urso 500. 10			A 1200 h 1800 h
	9 - Bazedon 100.			curativo
	10 - curativo	et		
24.04	1 - curativo, urso 1.000			curativo 1
				1200 h

24.04 / C a u l y u s s / c a
a / c f o s s y / c 17

Diagnóstico

Pt. fêmea
ant. alcoolica

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antônio Fco Silva Filho	Alojamento	3	Leito	3	Convênio	
----------	-------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
17/10/4	1) Duche proferida no ambulatório		
	2) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	3) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	4) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	5) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	6) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	7) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	8) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	9) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	10) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	11) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	12) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	13) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	14) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	15) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	16) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	17) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	18) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	19) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	20) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	21) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	22) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	23) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	24) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	25) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	26) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	27) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	28) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	29) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	30) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	31) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	32) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	33) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	34) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	35) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	36) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	37) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	38) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	39) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	40) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	41) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	42) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	43) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	44) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	45) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	46) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	47) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	48) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	49) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	50) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	51) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	52) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	53) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	54) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	55) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	56) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	57) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	58) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	59) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	60) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	61) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	62) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	63) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	64) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	65) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	66) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	67) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	68) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	69) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	70) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	71) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	72) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	73) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	74) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	75) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	76) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	77) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	78) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	79) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	80) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	81) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	82) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	83) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	84) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	85) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	86) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	87) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	88) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	89) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	90) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	91) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	92) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	93) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	94) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	95) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	96) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	97) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	98) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	99) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		
	100) 500 ml. 1500 ml. 1500 ml.		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Afonso Cavalcante	Alojamento	2	Leito	3	Convênio	
----------	-------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
16/04	1 - Dieta livre	08h	08h
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	12h	paciente apresenta
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14h	exame.
	4 - Ilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	16h	tratando com
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	18h	anal. troc
	6 - C.C.G.	20h	11 horas
	7 - Ceftriaxona 1000 mg I.V. 12 / 12 h	22h	12h da 08h
	8 - Depressão 100 mg I.V. 12 / 12 h	24h	paciente
	9 - Valium 10 mg I.V. 12 / 12 h	26h	14h - Paciente
	10 - Depressão 100 mg I.V. 12 / 12 h	28h	exame e exame de urina
	11 - Ceftriaxona 1000 mg I.V. 12 / 12 h	30h	exame e exame de urina
	12 - 5500	32h	exame e exame de urina

COMPREV
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AC. 1040 PESSOA

Dr. Alexandre Rodrigues da Silva
CRM 10.100
OCC 10.100

Dr. Augusto F. Brito
CRM 10.100
OCC 10.100

Dr. Augusto F. Brito
CRM 10.100
OCC 10.100

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Arborea de Souza		8	3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DATA: 10/01/2014

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/04	1. Feb 7/04 -	08	Feb
	2. 04. 5005 740. 2	10	04. 5005 740. 2
	3. 12/12/1	12	12/12/1
	4. 04. 5005 740. 2	14	04. 5005 740. 2
	5. 04. 5005 740. 2	16	04. 5005 740. 2
	6. 04. 5005 740. 2	18	04. 5005 740. 2
	7. 04. 5005 740. 2	20	04. 5005 740. 2
	8. 04. 5005 740. 2	22	04. 5005 740. 2
	9. 04. 5005 740. 2	24	04. 5005 740. 2
	10. 04. 5005 740. 2	26	04. 5005 740. 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Arturo de Lora	Alojamento	8	Leito	3	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/04	1 - Dieta livre		P.C.B.
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	22	Exame
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14 2206	Uso, 9 horas
	4 - Tilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	10 06	Exame
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	06	Exame
	6 - C. C. G.	06	Exame
	7 - Ceftriaxona 1000 mg	06	Exame
	8 - 12/12h	06	Exame
	9 - 12/12h	06	Exame
	10 - 12/12h	06	Exame
	11 - 12/12h	06	Exame
	12 - 12/12h	06	Exame
	13 - 12/12h	06	Exame
	14 - 12/12h	06	Exame
	15 - 12/12h	06	Exame
	16 - 12/12h	06	Exame
	17 - 12/12h	06	Exame
	18 - 12/12h	06	Exame
	19 - 12/12h	06	Exame
	20 - 12/12h	06	Exame
	21 - 12/12h	06	Exame
	22 - 12/12h	06	Exame
	23 - 12/12h	06	Exame
	24 - 12/12h	06	Exame
	25 - 12/12h	06	Exame
	26 - 12/12h	06	Exame
	27 - 12/12h	06	Exame
	28 - 12/12h	06	Exame
	29 - 12/12h	06	Exame
	30 - 12/12h	06	Exame
	31 - 12/12h	06	Exame
	32 - 12/12h	06	Exame
	33 - 12/12h	06	Exame
	34 - 12/12h	06	Exame
	35 - 12/12h	06	Exame
	36 - 12/12h	06	Exame
	37 - 12/12h	06	Exame
	38 - 12/12h	06	Exame
	39 - 12/12h	06	Exame
	40 - 12/12h	06	Exame
	41 - 12/12h	06	Exame
	42 - 12/12h	06	Exame
	43 - 12/12h	06	Exame
	44 - 12/12h	06	Exame
	45 - 12/12h	06	Exame
	46 - 12/12h	06	Exame
	47 - 12/12h	06	Exame
	48 - 12/12h	06	Exame
	49 - 12/12h	06	Exame
	50 - 12/12h	06	Exame
	51 - 12/12h	06	Exame
	52 - 12/12h	06	Exame
	53 - 12/12h	06	Exame
	54 - 12/12h	06	Exame
	55 - 12/12h	06	Exame
	56 - 12/12h	06	Exame
	57 - 12/12h	06	Exame
	58 - 12/12h	06	Exame
	59 - 12/12h	06	Exame
	60 - 12/12h	06	Exame
	61 - 12/12h	06	Exame
	62 - 12/12h	06	Exame
	63 - 12/12h	06	Exame
	64 - 12/12h	06	Exame
	65 - 12/12h	06	Exame
	66 - 12/12h	06	Exame
	67 - 12/12h	06	Exame
	68 - 12/12h	06	Exame
	69 - 12/12h	06	Exame
	70 - 12/12h	06	Exame
	71 - 12/12h	06	Exame
	72 - 12/12h	06	Exame
	73 - 12/12h	06	Exame
	74 - 12/12h	06	Exame
	75 - 12/12h	06	Exame
	76 - 12/12h	06	Exame
	77 - 12/12h	06	Exame
	78 - 12/12h	06	Exame
	79 - 12/12h	06	Exame
	80 - 12/12h	06	Exame
	81 - 12/12h	06	Exame
	82 - 12/12h	06	Exame
	83 - 12/12h	06	Exame
	84 - 12/12h	06	Exame
	85 - 12/12h	06	Exame
	86 - 12/12h	06	Exame
	87 - 12/12h	06	Exame
	88 - 12/12h	06	Exame
	89 - 12/12h	06	Exame
	90 - 12/12h	06	Exame
	91 - 12/12h	06	Exame
	92 - 12/12h	06	Exame
	93 - 12/12h	06	Exame
	94 - 12/12h	06	Exame
	95 - 12/12h	06	Exame
	96 - 12/12h	06	Exame
	97 - 12/12h	06	Exame
	98 - 12/12h	06	Exame
	99 - 12/12h	06	Exame
	100 - 12/12h	06	Exame

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
08 JUL 2018
PROTOCOLO
AD. JOAO PESSOA

Diagnóstico

224 18517 4619
END

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Autônio de Souza	2	3	2 2

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Antônio Francisco de Sousa Filho DN: 28-10-1971

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

Sala

03

46

1630889

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA

Fratura de tíbia esquerda

CIRURGIÃO

Dr. Gafsson

ANESTESIA

Raque

ANESTESIA

Dr. Felipe

INSTRUMENTADORA

DATA

08-04-18

INÍCIO

14:20

FIM

15:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimor amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mercaina p. medula ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quefigin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Mononylon	
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5	Vicryl Sertix	
	Fiebecortid amp.	04	Luvas 8.0	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparina ml	05.	PVP Tópico ml		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		
	Lasix amp.		Saco coletor		
	Medrothinazol.		Seringa desc. 10 ml		
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuption amp.		Sonda folley		
	Cefalotina g.		Sonda Nasogátrica		
02	Ceftriaxona		Sonda Uretral nº		
02	Tilolol		Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	Bleedages		
	Agulha p/ raque nº 26	04	Escolas		
05.	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Lote: 084407 Código: AF35 8 880
PNO INTRAMED-UR OSECO - R.X.C. 4,5 X 200 x 1

Fabril: 23/01/2018 Val.: 01/2023
Registro ANVISA Nº: 80083850028
Material: Ago Inox F138

Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - SP
CNPJ: 04.961.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3639-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 084607 Código: F08 2 200
SISTEMA DE FIOÇÃO OSECO BARTORI - LINE 3X
FABRIL 1.200 - ESTÉRIL

Fabril: 24/01/2018 Val.: 01/2023
Registro ANVISA Nº: 80083850003
Material: Ago Inox / Alumínio 1/10

Luz Guilherme Sartori & Cia Ltda - SP
CNPJ: 04.961.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3639-1910 - comercial@sartori.ind.br

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JUL 2018
SG Normotérmico fr 500 ml
SG Gel 100 ml
SG Hipotérmico fr 500 ml
SG Hincor 100 ml
SG fr 500 ml

ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS
(X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
() Serra () Eletrocautério
() Desfibrilador () Oxícapiógrafo
(X) Foco Frontal () Cardiomonitor
() Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

1159200

Nome do Paciente <i>Ante Fco</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>8/4/17</i>	Enf.		Leito
Operador <i>Dr. Jefferson Libson</i>		1º Auxiliar <i>Dr. João</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Doença (E) Fratura Exposta osso</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Q melhora</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>S</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1 - Paciente em D.D.H., Sob efeito anestésico
- 2 - Assepsia e Antissepsia
- 3 - Abertura campos estendidos
- 4 - Lavado Lavatura FO (+) debridamento tecido devitalizados
- 5 - Colocação fixador externo de fibra C após redução fraturas
- 6 - Lavado FO
- 7 - Sutura + compressas

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Jefferson Lison L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6650 - CRM-PB 10168

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Antônio do Siqueira	Alojamento	8-3	Leito		Convênio	
----------	---------------------	------------	-----	-------	--	----------	--

Final. Atividade física

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/09/2018	1) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
02/09/2018	2) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
03/09/2018	3) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
04/09/2018	4) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
05/09/2018	5) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
06/09/2018	6) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
07/09/2018	7) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
08/09/2018	8) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
09/09/2018	9) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
10/09/2018	10) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
11/09/2018	11) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
12/09/2018	12) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
13/09/2018	13) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
14/09/2018	14) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
15/09/2018	15) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
16/09/2018	16) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
17/09/2018	17) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
18/09/2018	18) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
19/09/2018	19) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
20/09/2018	20) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
21/09/2018	21) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
22/09/2018	22) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
23/09/2018	23) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
24/09/2018	24) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
25/09/2018	25) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
26/09/2018	26) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
27/09/2018	27) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
28/09/2018	28) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
29/09/2018	29) Dor de cabeça	et	Exame físico normal
30/09/2018	30) Dor de cabeça	et	Exame físico normal

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 9116 - TEOD 15283

Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 9116 - TEOD 15283

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
DETRAN - PB

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



NOME
ANTONIO FRANCISCO DE
SOUZA FILHO

DOC. IDENT. 1516813 SSP PB DATA NASC. 28

NASCIMENTO 28/10/1971 VALIDADE 11/07/2005

CPF 022.056.627-59

219330037

É PROIBIDO PLASTIFICAR

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA
ANGELITA NASCIMENTO DE SOUZA

Nº. REGISTRO 0140885433 EMISSÃO 21/08/2001 1ª. HABILITAÇÃO 17/08/2000

OBSERVAÇÕES

Antonio F. - 4 filho

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EXPEDIDOR

219330037

PS002503948

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
470417467

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

28/10/71

DETRAN - PB (PARAIBA)

470417467

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

Nº de inscrição
022056627-59

Data do Nascimento
28/10/71

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Antonio Francisco de Souza Filho
ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/02/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P70

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1516513 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 OUT 1988

NOME ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO
Antonio Francisco de Souza

FILIAÇÃO An-elita Nascimento de Souza

Alagoa Nova-PB 28.10.1971
DATA DE NASCIMENTO

Art. Nasc. Nº 32752, fls. 151, liv. A-57,
1ªª ORDEM

Art. Alagoa Nova-PB

Assinatura
ALEXANDRE TEIXEIRA DE CARVALHO


LEI Nº 7.116 DE 1966

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO COORDENADORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO	
	
NOME: ISRAEL DE SOUZA FARIAS	
COD. IDENTIFIC. / DATA DE EMISSÃO:	SERIE
3406239	TS
CPF	DATA DE NASCIMENTO
082.917.124-09	01/06/1989
FAMÍLIA	
PAULO MARINO DE FARIAS	
MARIA ROSA DE SOUZA FARIAS	
PROFISSÃO	ASC.
	AD.
VIGÊNCIA	1ª REGISTRAÇÃO
04/07/2006	14/11/2005
17/06/2009	
COMISSÃO	
A /	
SOURCE ATIV REMESSADA:	
Assinatura de Paulo Marino de Farias	
HABITACIONAL Nº 1000000	
DATA	SEM NÚMERO
CAMPINA GRANDE, PE	26/12/2016
Assinatura	
13258074004	
PB033561168	
DELIBAN LG (PARAIBA)	

VALMA EM TIPOS
E TÍTULOS HABITACIONAIS

PREFEITURA PLATEADAS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472585 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472585 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 08/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor

Identidade: 1516813 CPF: 022.956.627-59 Endereço: Rua Eunides Leite, 269 – Centro, Alagoa Nova – PB CEP: 58125-000.

OUTORGADO:

Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: ADVOGADO

Identidade: 3406239 SSP/PB CPF: 08291712409

Endereço: LOC ENGENHO OLHO D'AGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, 65 – OLHO D'AGUA – ALAGOA NOVA – PB. CEP: 58125000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

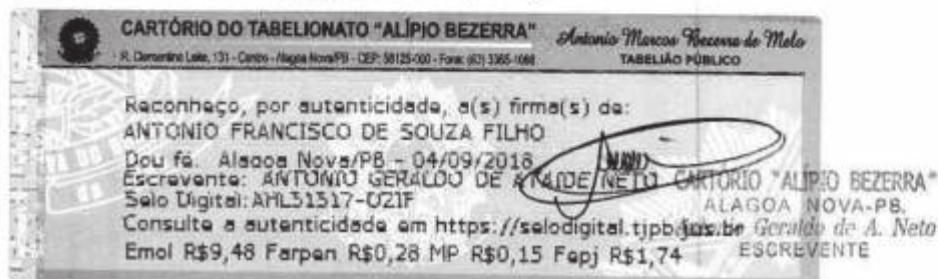
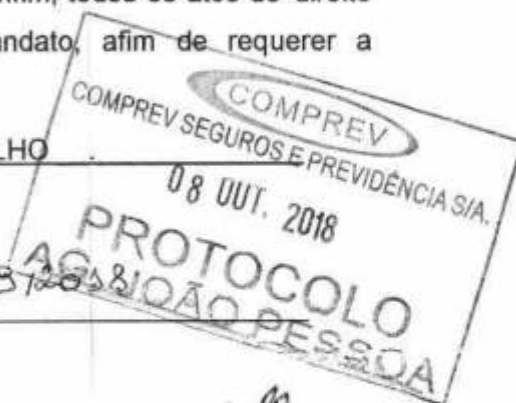
ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

ALAGOA NOVA – PB 04/09/2018

Local e data

Antonio Francisco de Souza Filho

Assinatura do Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368809/18

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

CPF: 022.056.627-59

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

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

ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA FILHO : 022.056.627-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA