

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008953

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190008953

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190008953

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

042 414 474 - 30

Nome completo da vítima:

José Batista dos S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Número:

Complemento:

Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

4915

CONTA: 136 35

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que {assinalar uma das opções}:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário declarante	Local e Data: João Pessoa - PB 02/01/19
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X José Batista dos Santos Filho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURADORA NÃO PRECISA ASSINAR O FORMULÁRIO, MAS É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

042 414 474 - 30

Nome completo da vítima:

José Batista dos S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Número:

Complemento:

CPF: 042 414 474 - 30

CEP: 58000 - 000

Tel (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

4915

CONTA:

136 35

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que {assinalar uma das opções}:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X José Batista dos Santos Filho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
SEGURADORA
E PREVIDÊNCIAS/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

02 JAN 2019
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURADORA
na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



2^a DSPC



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09692.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 09692.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:14 horas do dia 12 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **José Batista dos Santos Filho**, CPF nº 042.414.474-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Segurança, filho(a) de Laudiceia da Silva e José Batista dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/08/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ernestina Silverio de Oliveira, Nº 298, complemento casa, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Próximo Ao Churrascaria do Porquinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98842-9712.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Ranieri Mazilli, Próximo a Auto Escola Tallentus, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

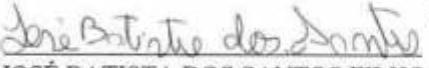
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

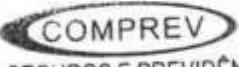
QUE na data especificada, transitava com a moto HONDA/CBX 250 TWISTER, com placa: MNF-6598/PB, chassi: 9C2MC35005R033753, RENAVAM: 860989798, registrada em nome de RÔMULO ABRANTES SARMENTO LEITE, na rua Presidente Ranieri Mazilli, bairro Cristo Redentor, nesta capital, quando foi fechado por um carro não identificado, se desequilibrou, bateu a face no guidom da moto e desmaiou, caindo na calçada. Relatou que somente acordou no hospital de TRAUMAS DA CAPITAL, tendo tomado conhecimento de que foi socorrido pelo SAMU. Informou que ficou internando no referido hospital, esperando ser cirurgiado(laudo médico expedido pelo Dr. José de Almeida Braga, CRM/PB:2329, CID 10:S52.8).

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, 12 de dezembro de 2018.


LIÉLIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia


JOSÉ BATISTA DOS SANTOS FILHO
Noticiante


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2^a DSPC



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09692.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 09692.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:14 horas do dia 12 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **José Batista dos Santos Filho**, CPF nº 042.414.474-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico de Segurança, filho(a) de Laudiceia da Silva e José Batista dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/08/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ernestina Silverio de Oliveira, Nº 298, complemento casa, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Próximo Ao Churrascaria do Porquinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98842-9712.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Ranieri Mazilli, Próximo a Auto Escola Tallentus, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/07/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

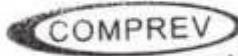
QUE na data especificada, transitava com a moto HONDA/CBX 250 TWISTER, com placa:MNF-6598/PB, chassi:9C2MC35005R033753, RENAVAM:860989798, registrada em nome de RÔMULO ABRANTES SARMENTO LEITE, na rua Presidente Ranieri Mazilli, bairro Cristo Redentor, nesta capital, quando foi fechado por um carro não identificado, se desequilibrou, bateu a face no guidom da moto e desmaiou, caindo na calçada. Relatou que somente acordou no hospital de TRAUMAS DA CAPITAL, tendo tomado conhecimento de que foi socorrido pelo SAMU. Informou que ficou internando no referido hospital, esperando ser cirurgiado(laudo médico expedido pelo Dr. José de Almeida Braga, CRM/PB:2329, CID 10:S52.8).

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, 12 de dezembro de 2018.


LIÉLIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia


JOSÉ BATISTA DOS SANTOS FILHO
Noticiante


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

042 414 474 - 30

Nome completo da vítima:

José Batista dos S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Número:

Complemento:

CPF: 042 414 474 - 30

BN: 58000 - 000

Tel (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

4915

CONTA:

136 35

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que {assinalar uma das opções}:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X José Batista dos Santos Filho
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPRES
ASSURADO
02 JAN 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURADORA NÃO PRESENTE DE 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

042 414 474 - 30

Nome completo da vítima:

José Batista dos S. Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Número:

Complemento:

CPF: 042 414 474 - 30

CEP: 58000 - 000

Tel (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

4915

CONTA:

136 35

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que {assinalar uma das opções}:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (var nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

X José Batista dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEGURADORA NÃO PRECISA ASSINAR ESTE DOCUMENTO, MAS É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094761



Identificação do paciente

ID 1222992	Nome JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36 anos 11 meses 9 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LAUDICEIA DA SILVA	Pai JOSE BATISTA DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988429712	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2377522	Nº Cns 898003452448454		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58073010	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998
Número S/N	Complemento	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	

Admissão

Data e Hora 15/07/2018 23:42:41	Número da pulseira 100005133443	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente vítima acid. moto a lega pelo chão, instabilidade e fratura? evitável medicamente e encamado 11 dias.

Diagnóstico	CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Impresso M. F. 2018-07-16 CID: 20180716 CORPO: 20180716 LARANJA

Imprimi

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094761



Identificação do paciente

ID 1222992	Nome JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36 anos 11 meses 9 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LAUDICEIA DA SILVA	Pai JOSE BATISTA DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988429712	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2377522	Nº Cns 898003452448454		
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58073010	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998
Número S/N	Complemento	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	

Admissão

Data e Hora 15/07/2018 23:42:41	Número da pulseira 100005133443	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente vítima acid. moto a lega pelo chão, instabilidade e fratura? evitável medicamente e encamado 11 dias.

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

Imprimi

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDICELIA DA SILVA
AV DESEMP HILTON SOUTO MAIOR, SIN - JOSE AMERICO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 25/12/2018 Referencia: Out/2018
Cidade/Subsíl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B200 Km25 Centro Retiro, João Pessoa/PB CEP: 5800071-010
Notas: 5-5-439+2130 NF medidor: 00008845185

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.197/0001-40 Inf. Est: 15/16/2018

Nº Fatura / Conta de Energia: EnerG1110714589222
C.I.S. para Det. Automat.: 00009163123

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	25/10/2018	26/11/2018	5211.259.824-20
			Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/816312-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
25/09/18	513	25/10/18	542	
				21

Demonstrativo

CC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Iren(R\$)	Baixa Calc.	Faz(R\$)	Outras(R\$)
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Perf.Calc.(R\$)	0,6712% (0,3914%)
0501 Custo de Disponibilidade			17,82	0,00	0	17,82	0,12
0801 Adic. B. Vermelha			1,55	0,09	0	0,00	1,55 0,01 0,04

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 19,37 0,00 0,00 19,37 0,12 0,59
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

25 01/11/2018 R\$ 19,37

Histórico de Consumo (kWh)

16	15	17	32	2	38	43	17	32	21	17	24
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Ma/18	JUN/18	JUL/18	AGO/18	S/18

0806.c3ad.9f0f.1868.c91b.56f4.2b4f.09c2.

Indicadores de Qualidade

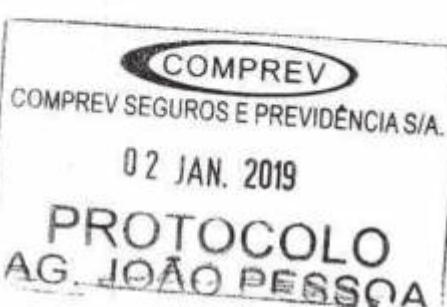
	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
C. MENSAL	6,18	0,00	
C. TRIMESTRAL	18,18		NOMINAL
C. ANUAL	20,77		220
FIC. MENSAL	3,22	0,00	CONTRATADA
FIC. TRIMESTRAL	6,47	0,00	LIMITE INFERIOR
FIC. ANUAL	12,15		202
WC	3,54	0,00	LIMITE SUPERIOR
CR	12,12		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/Faz	8,58	31,39
Compra de Energia	10,18	52,59
Serviço de Transmissão	0,25	1,30
Encargos Setoriais	1,44	7,43
Imposto Dist. e Encargo	0,72	3,72
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	19,37	100,00

Valor do EU/SD (Ref. 0/2018) R\$7,26

ATENÇÃO

Faturas em atraso





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LAUDICELIA DA SILVA
AV DESEMP HILTON SOUTO MAIOR, SIN - JOSE AMERICO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)

Emissao: 25/12/2018 Referencia: Out/2018
Cidade/Subsíl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B200 Km25 Centro Retiro, João Pessoa/PB CEP: 5800071-010
Notas: 5-5-439+2130 NF medidor: 00008845185

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.107/0001-40 Inf. Est: 15/16/2018

Nº Fatura / Conta de Energia: EnerG1110714589222
C.I.S. para Det. Automat.: 00009163123

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	25/10/2018	26/11/2018	5211.259.824-20
			Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/816312-3

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
25/09/18	513	25/10/18	542	
				21

Demonstrativo

CC: Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Iren(R\$)	Baixa Calc.	Faz(R\$)	Outras(R\$)
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Perf.Calc.(R\$)	0,6712% (0,3914%)
0501 Custo de Disponibilidade			17,82	0,00	0	17,82	0,12
0801 Adic. B. Vermelha			1,55	0,09	0	0,00	1,55 0,01 0,04

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 19,37 0,00 0,00 19,37 0,12 0,59
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

25 01/11/2018 R\$ 19,37

Histórico de Consumo (kWh)

16	15	17	32	2	38	43	17	32	21	17	24
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Ma/18	JUN/18	JUL/18	AGO/18	Sep/18

0806.c3ad.9f0f.1868.c91b.56f4.2b4f.09c2.

Indicadores de Qualidade

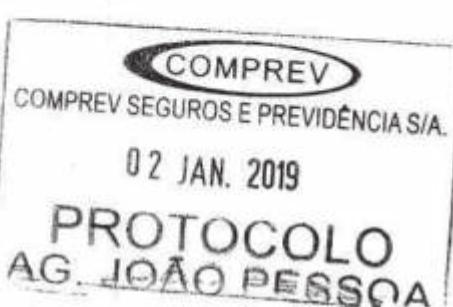
	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
C. MENSAL	6,18	0,00	
C. TRIMESTRAL	18,18		NOMINAL
C. ANUAL	20,77		220
FIC. MENSAL	3,22	0,00	CONTRATADA
FIC. TRIMESTRAL	6,47	0,00	LIMITE INFERIOR
FIC. ANUAL	12,15		202
WC	3,54	0,00	LIMITE SUPERIOR
CR	12,12		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/Faz	8,58	31,39
Compra de Energia	10,18	52,59
Serviço de Transmissão	0,25	1,30
Encargos Setoriais	1,44	7,43
Imposto Dist. e Encargo	0,72	3,72
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	19,37	100,00

Valor do EU/SD (Ref. 0/2018) R\$7,26

ATENÇÃO

Faturas em atraso



JEAN KLEBER DA SILVA BANTAMA
PLACARISTA DE ESTABALIMENTO INDUSTRIAL
C/AD. PESADA FE-007 SEMINÁRIO AD-10
CEP 13.000-000 - Ribeirão Preto - SP
Fone: (16) 322-4120 - Telefax: (16) 322-4121
Aluguel de máquinas e equipamentos - **0800 083 0196** - www.enercisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.947.224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura			
2011-12-01	777	2012-01-01	777			
Demonstrativo:						
001 Detalhe	Quarteto Titular	Vida Real (01)	Alt. (00)RBR	Brasil (00)	Centrais	
002 Consumo (000)	420.000	420.000	100.000	700.000	300.000	1.000
003 Alt. B. Vendas	4.73	4.73	2.00	4.73	3.00	0.00
004 Alt. B. Ativida	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	0.00
CONTRIBUICAO DE SERVICOS						
005 CONTRIBUICAO DE SERVICOS	10.14	10.14	0.00	10.14	0.00	0.00

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

22/11/2018 Page 188/62

Histórico de Consumo (kWh) 114 100,00

PRIMERAS ALISTACIONES

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

ATENÇÃO

Páginas em atraso

- "mild-moderate"



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

02 JAN. 2019

卷之三

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

**AR PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Printed: 12-5-2024 11:44
A 28/11/2018 R\$ 198,62



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 016.924.751



LUZ, INovação, Realização
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.096.193 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F.JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

21/01/2019

CONSUMO

222

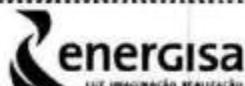
VENCIMENTO

28/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,22

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-005-292-0450
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/01/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/01/2019	R\$ 195,22	1698358-2019-01-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Bessa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Batista dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.414.474-30 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Jose Batista dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.414.474-30 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Jardim Gabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PE</u> CEP <u>5805-388</u>
Email	Telefone comercial DDD <u>(031)</u>	Telefone celular (DDD) <u>(031)</u>

IMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

19 JAN. 2019

José Bessa de Janreiro de 2019
Local e Data PROTOLU
JOÃO PESSO

Alexandre Bessa Duarte
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização c Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu (Alexandra Gesar Duarte) inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.784-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário (João Batista dos S. Filho) inscrito (a) no CPF sob o Nº 042414474-30,
do sinistro de DPVAT cobertura Privalidez da VII
João Batista dos S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 042414474-30,
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

04 FEV. 2019

PROTÓCOLO

PESSOA

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	<u>57</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>Changabeira</u>	<u>PR</u>	<u>58066384</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 04 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Alexandra Gesar Duarte
Assinatura do Declarante

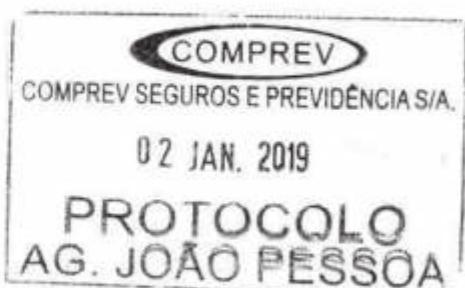
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronulio Abrantes Sarmento Leite,
RG nº 2346545, data de expedição 14/09/94,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 029.318.964-11, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua das Flores, nº 212,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Batista dos Santos Filho, cujo o condutor era
José Batista dos Santos Filho

Veículo: Honda (Moto)
Modelo: CBX 250 TWISTER
Ano: 2005
Placa: MNF 6598/PB
Chassi: 9C2 MC35005R 033753
Data do Acidente:
Local e Data: João Pessoa, 19 de dezembro de 2018

a Ronulio
Assinatura do Declarante

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



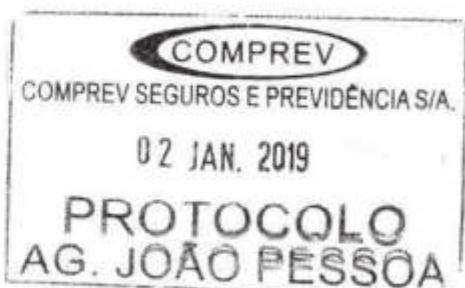
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronulio Abrantes Sarmento Leite,
RG nº 2346545, data de expedição 14/09/94,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 029.318.964-11, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua das Flores, nº 212,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Batista dos Santos Filho, cujo o condutor era
José Batista dos Santos Filho

Veículo: Honda (Moto)
Modelo: CBX 250 TWISTER
Ano: 2005
Placa: MNF 6598/PB
Chassi: 9C2 MC35005R 033753
Data do Acidente:
Local e Data: João Pessoa, 19 de dezembro de 2018

a R. Leite
Assinatura do Declarante

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO
DATA DE NASCIMENTO	06/08/81
NOME DA MÃE	LAUDICEIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.094.761
DATA DO ATENDIMENTO	15/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
CID 10	S52.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando fratura exposta em antebraço esquerdo. TC de crânio sem sinais de fraturas ou hematomas intracranianos. Nega dor na coluna vertebral. Nega perda da consciência. Fratura de ulna esquerda e fratura segmentar de rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de ulna e de rádio esquerdos.

TRATAMENTO:

Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	16/07/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

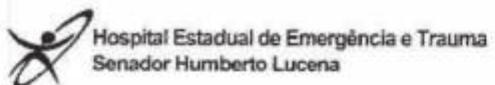
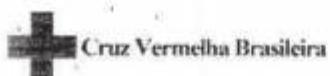
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. **COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	BAE 1094761	Data/Hora Entrada 15/07/2018 23:42:41	Data Baixa
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898003452448454 Telefone de Contato (83) 988429712
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998, S/N	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 23:42:41		Data/Hora Prescrição 16/07/2018 01:00:23	

Anamnese

*****NEUROCIRURGIA*****

ACIDENTE DE MOTO

GLASGOW 15

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO-DIREITO *E 520210.*

FEZ FAST SEM SINAIS DE SANGRAMENTO

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

CD> LIBERO PARA TRATAMENTO COM ORTOPEDIA; ALTA DA NEUROCIRURGIA

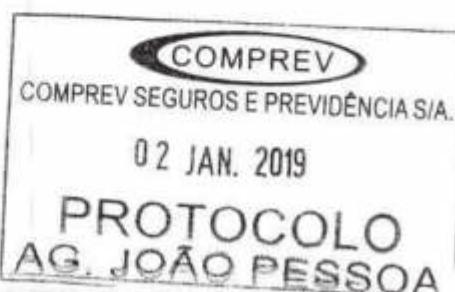
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

Ricardo Rodrigues de Carvalho
CRM - 6628



Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 15/07/2018 23:43:42



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	BAE 1094781	Data/Hora Entrada 15/07/2018 23:42:41	Data Baixa
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo: Masculino	CNS 898003452448454 Telefone de Contato (83) 988429712
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998, S/N	Bairro JOÃO AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 23:42:41		Data/Hora Prescrição 16/07/2018 01:03:19	

Anamnese

ORTOPEDIA

RELATO DE QUEDA DE MOTO APÓS INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA
REFERE DOR NO ANTEBRAÇO ESQUERDOEX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO. HÁLITO ETILICO NA PRANCHA SEM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO. COM MSE IMOBILIZADO E COM CURATIVO SUJO SECREÇÃO SANGUINOLENTA
MSE: DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO, FERIMENTO PUNTIFORME SANGRANTE NA REG. DO TERÇO MÉDIO ULNAR COM ESCOREAÇÕES AO REDOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROLOGICAS OU VASCULARES. DOR COM MOBILIZAÇÃO

RX: FRATURA DA ULNA + FRATURA SEGMENTAR DO RÁDIO

HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: ATB + TETANOGRAMA + IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA (TRAUMINHA) CONFORME PACTUAÇÃO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

TETANOGRAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OSSERAÇÕES: ESQUERDA)

Conduta

Alta médica

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM-8252/PB)COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



■ Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO		BAE 1094761	Data/Hora Entrada 15/07/2018 23:42:41	Data Baixa
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo: Masculino	CNS 898003452448454	Telefone de Contato (83) 988429712
Mãe LAUDICEIA DA SILVA				Prontuário
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998, S/N		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 23:42:41			Data/Hora Prescrição 15/07/2018 23:51:05	

Anamnese

ACIENTE SOCORRIDO PELO SAMU APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM ANTEBRAÇO ESQ; RELATO DE DESMAIO NO LOCAL. NEGA NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR ABDOMINAL. CD: AV DA ORTO E NCR

MEDICAÇÃO

DIFERONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V. AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA) ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V. AGORA

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPÉDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

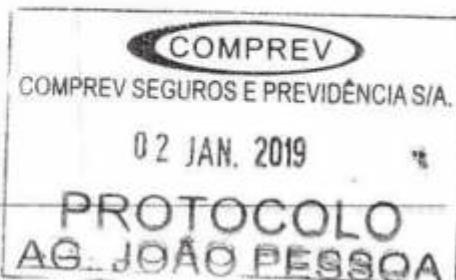
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)





Nome

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

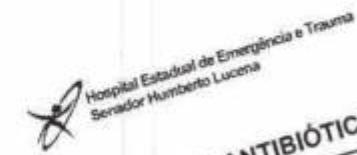
Localização

CONSULTÓRIO ORTOPÉDIA

Antibióticos

1 CEFAZOLINA SODICA 1G
(FRASCO/AMPOLA)Indicação Terapêutica:
FRATURA EXPOSTAIndicação Profilática:
FRATURA EXPOSTADoença Base:
FRATURA EXPOSTA

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.



A.S.

MUNDO do Profissional

- ue Julho de 2018

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

Registro	Idade
1094761	36a 11m 10d

Coleta Prévia de Cultura?
 Sim Não

Intervalo	Tempo
	1 Dias

Posologia

AGORA

Dispensado para Farmácia

Assinatura e Carimbo
Médico:

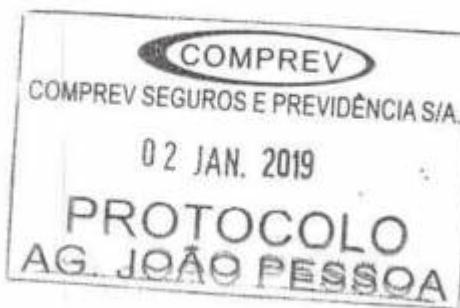
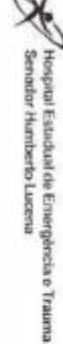
Dr. J. Batista dos Santos Filho

Farmacêutico:

Dr. J. Batista dos Santos Filho

SOLICITAÇÃO DF

Nome
JOSE BATISTA DOS SANTOS
Data de
06/09/19



Data: 15/07/18 23:51
Usuário: ALISSON
Bolelum 1094761

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo MASCULINO	Nº Promotório 1094761	Data Prescrição 15/07/2018 23:51:05
Motivo do Aendimêncio		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 15/07/2018 23:51:00 - 16/07/2018 23:51:00		
Convenio	SUS	Matrícula	Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			AGORA	23.50
2 CETOPROFENO 100 MG		100.0	MG	E.V.		AGORA	
3 PAREcer ORTO		0.0					
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA		0.0					

15 de Julho de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
06/08/1981	1094761	
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST



RAIOS-X	
TIPO ...	15 / 09 / 18
DATA ...	00.00.2018
HORA ...	00:00:00
NOME TEC. RAD.	Pedro Atunes Jr.
Ass.: CRRR-N#0002	

15 de Julho de 2018


Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 16/07/18 01:03
Usuário: TUBERIO
Boletim CIA/S/ 1094761

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO		Data de 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo MASCULINO	Nº 1094761	Nº Prontuário	Prescrição 16/07/2018 01:03:00 - 17/07/2018 01:03:00	
Motivo do Aleinidamento Convenio SUS		Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição 16/07/2018 01:03:00 - 17/07/2018 01:03:00			
			Matricula		Senha			
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1	DIETA ZERO	0,0			NENHUMA			
2	CEFAZOLINA SODICA 1G	2000,0	MG		E.V.		AGORA	22-05-2018
3	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		AGORA	22-05-2018
4	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	22-05-2018
5	TETANO GAMMA	1,0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	na ante nunca

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
CRM- 8252

Dr. Tibério Vaihinger Mergo - Cirurgia da Orelha
Otorrinolaringologista - CRM-RJ 14340
Soc. Bras. de Otorrinolaringologia e Cirurgia do Profissional

Assinatura e Currículo do Profissional

CERTIDÃO

Nº. 1615/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA 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 nº 144913 e Prontuário nº 2018.07.001935 pertencentes a **JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO** que foi atendido dia 16/07/2018 às 02H22min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/07/2018, 31/07/2018 com alta médica dia 01/08/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

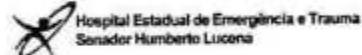
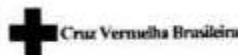
DESTINO DO PACIENTE

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

Alexis B. Miller

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



Receituário

Paciente:JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO Idade 36
Data:16/07/2018 01:02:15 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094761

ORTOPEDIA

**RELATO DE QUEDA DE MOTO APÓS INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA.
REFERE DOR NO ANTEBRACO ESQUERDO**

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO, HÁLITO ETILICO NA PRANCHA SEM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO. COM MSE IMOBILIZADO E COM CURATIVO SUJO SECREÇÃO SANGUINOLENTA
MSE: DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO, FERIMENTO PUNTIFOME SANGRANTE NA REG. DO TERÇO MÉDIO ULNAR COM ESCOREAÇÕES AO REDOR, SEM ALTERAÇÕES NEUROLOGICAS OU VASCULARES. DOR COM MOBILIZAÇÃO

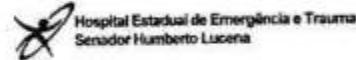
RX: FRATURA DA UI NA + FRATURA SEGMENTAR DO RÁDIO

HD: FRACTURA EXPOSTA DO ANTEBRACO ESQUERDO

**CD: ATB + TETANOGAMA + IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA
ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE TRAUMA
PACTUAÇÃO**

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
8252/PB

Dr. Tíberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-FB-8252 / IFOT 14840



Receituário

Paciente:JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO Idade 36
Data:16/07/2018 01:02:15 Sexo Masculino CPF:Não Informado BAE:1094761

ORTOPEDIA

**RELATO DE QUEDA DE MOTO APÓS INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÉNCIA
REFERE DOR NO ANTEBRACO ESQUERDO**

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO. HÁLITO ETILICO NA PRANCHA SEM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO. COM MSE IMOBILIZADO E COM CURATIVO SUJO SECREÇÃO SANGUINOLENTA
MSE: DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO, FERIMENTO PUNTIFOME SANGRANTE NA REG. DO TERÇO MÉDIO ULNAR COM ESCOREAÇÕES AO REDOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROLOGICAS OU VASCULARES. DOR COM MOBILIZAÇÃO

RX: FRATURA DA ULNA + FRATURA SEGMENTAR DA RÁDIO

HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: ATB + TETANOGAMA + IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA
ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA (TRAUMINHA) CONFORME
PACTUAÇÃO

Dr. Tibério Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CAM-PR 82527 / FETO 14840

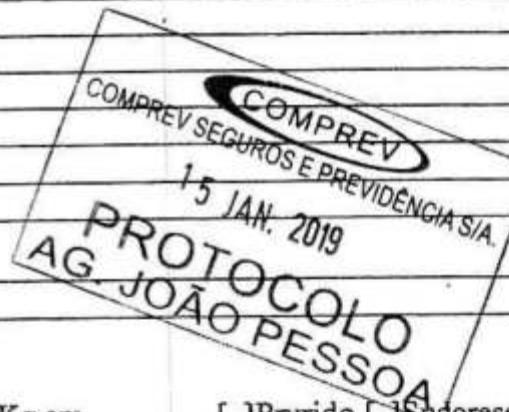
Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
8252/PB



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Batista Data da Admissão: 1 / 1 / 1
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1 / 1 / 1
QPD: Pouco febre e artrite
HDA: Ajente de aeroporto multado em fe exp do aeroporto
Cpf: 123.456.789-00
Medicações em uso: _____

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
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 16/07/18	Cirurgião: DR TIRINICO			1º Assistente: DR YURI	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fr exposta ossos do acetabulo.</i>					
CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>L.M.C.</i>					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (✓) Não		Descreva: 			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

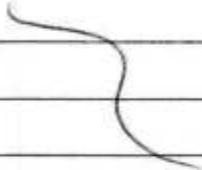
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DOR SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISEPSIA

Incisão:



Achados:

FX EXPOSTA PUNTIFORME OSOS DO ARTICULO

Conduta:

LIMPEZA MECHANICA CIRURGICA COM
SF 0,9% + DEGENERATIVA

Fechamento:

CORTADO + TOLA MILLE FOLHA

OBS:

Data: 16/07/18

Yuri Coelho

CRM 22.14507

MÉDICO/CRM





Nome: JOSE BATISTA SANTOS FILHO				Registro:
Idade: 36 a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Traumato	EMP: LR:
Data: 31/07/2018		Cirurgião: Pacelli		
1º Assistente: Yury		2º Assistente:		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura dos Ossos do Antebraço Esquerdo</i>				S52.4
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Antebraço</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Incisão subcutânea em borda da ulna

Dissecção por planos entre o extensor ulnar do carpo e flexor ulnar do carpo

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Visualização de fratura da diáfise da ulna

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 01 Placa reconstrução 3.5mm + parafusos corticais

Realizada manobra de redução pra ulna

Redução de fragmentos ósseos do ulna

Aposição de 01 Placa DCP tubular 3.5mm + parafusos corticais

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 21/07/18

Yury Cordeiro
CRM/PB: Yury Cordeiro
MÉDICO/CRM PB: 11507

CAUDO MÉDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: JOSÉ BATISTA DOS

SANTOS FILHO, 37 ANOS
encontra-se com sinais de
pós operatório de fratura
de rádio + ulna e grive
comunhia, tratado com
placa + porofixos. Atual-
mente com boa evolução,
recuperação do ADM do
ponto icatouelo e de
sítio da artroplastia.

CIA: 552.5

08/01/19 Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM 6827 TEOF 14387

Assinatura e Carimbo

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
15 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PatientID:	4512120014	Sex:	Masculino
PatientName:	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	BirthDate:	06.08.1981
		Age:	37a.

StudyDate: 25.01.2019

E

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Image: 1 Series: 1

30 JAN. 2019

HTOP

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 16/07/18 01:03
Usuário: TUBERIO
Boletim CIA/S/ 1094761

PRESCRIÇÃO MÉDICA

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
CRM- 8252

Dr. Tibério Vazquez - Cirurgia da Voz
Otorrinolaringologista
CRM-SP 8252 / TEOF 14340

Assinatura e Currículo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
06/08/1981	1094761	
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST



RAIOS-X	
TIPO ...	15 / 09 / 18
DATA ...	00.00.2018
HORA ...	00:00:00
NOME TEC. RAD.	Pedro Atunes Jr.
Ass.: CRRR-N#0002	

15 de Julho de 2018


Assinatura e Carimbo do Profissional

Data: 15/07/18 23:51
Usuário: ALISSON
Bolelum 1094761

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo MASCULINO	Nº Promissário 1094761	Data Prescrição 15/07/2018 23:51:05
Motivo da Atenção		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 15/07/2018 23:51:00 - 16/07/2018 23:51:00		
Convenio	SUS	Matrícula	Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	23.50
2 CETOPROFENO 100 MG		100.0	MG	E.V.		AGORA	
3 PAREcer ORTO		0.0					
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA		0.0					

15 de Julho de 2018

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942





Nome

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Localização

CONSULTÓRIO ORTOPÉDIA

Antibióticos

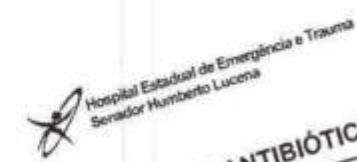
1 CEFAZOLINA SODICA 1G
(FRASCO/AMPOLA)Indicação Terapêutica:
FRATURA EXPOSTAIndicação Profilática:
FRATURA EXPOSTADoença Base:
FRATURA EXPOSTA

Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

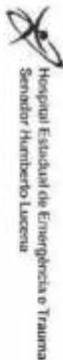
Nome	Localização	Antibióticos	Indicação Terapêutica:	Indicação Profilática:	Doença Base:	Posologia	Registro	Coleta Prévia de Cultura?	Intervalo	Tempo
						AGORA	1094761	() Sim () Não	1 Dias	
						Dispensado para Farmácia	Assinatura e Carimbo Médico:			
						Farmaceutico: Dr. <i>Thiago Vitorino</i>	<i>06/09/19</i>			

MUNDO do Profissional

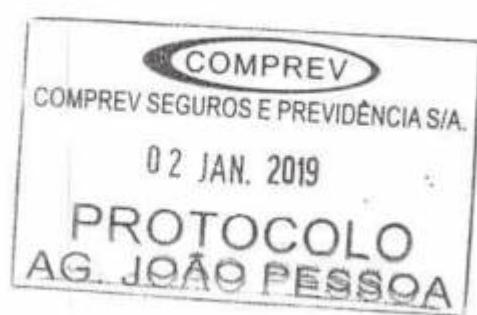
- ue Julho de 2018



Nome
JOSE BATISTA DOS SANTOS
Data de
06/09/19



SOLICITAÇÃO DF





■ Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO		BAE 1094761	Data/Hora Entrada 15/07/2018 23:42:41	Data Baixa
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo: Masculino	CNS 898003452448454	Telefone de Contato (83) 988429712
Mãe LAUDICEIA DA SILVA				Prontuário
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998, S/N		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 23:42:41			Data/Hora Prescrição 15/07/2018 23:51:05	

Anamnese

ACIENTE SOCORRIDO PELO SAMU APÓS QUEDA DE MOTO. REFERE DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM ANTEBRAÇO ESQ; RELATO DE DESMAIO NO LOCAL. NEGA NAUSEAS E VOMITOS. NEGA DOR ABDOMINAL. CD: AV DA ORTO E NCR

MEDICACÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML). ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V.. AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA). ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V.. AGORA

GUARDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

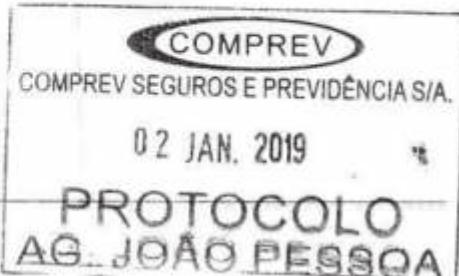
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

-JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	BAE 1094781	Data/Hora Entrada 15/07/2018 23:42:41	Data Baixa
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo: Masculino	CNS 898003452448454 Telefone de Contato (83) 988429712
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998, S/N	Bairro JOÃO AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 23:42:41		Data/Hora Prescrição 16/07/2018 01:03:19	

Anamnese

ORTOPEDIA

RELATO DE QUEDA DE MOTO APÓS INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA
REFERE DOR NO ANTEBRAÇO ESQUERDOEX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO. HÁLITO ETILICO NA PRANCHA SEM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO. COM MSE IMOBILIZADO E COM CURATIVO SUJO SECREÇÃO SANGUINOLENTA
MSE: DEFORMIDADE NO ANTEBRAÇO, FERIMENTO PUNTIFORME SANGRANTE NA REG. DO TERÇO MÉDIO ULNAR COM ESCOREAÇÕES AO REDOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROLOGICAS OU VASCULARES. DOR COM MOBILIZAÇÃO

RX: FRATURA DA ULNA + FRATURA SEGMENTAR DO RÁDIO

HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: ATB + TETANOGRAMA + IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA (TRAUMINHA) CONFORME PACTUAÇÃO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

TETANOGRAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OSSERAÇÕES: ESQUERDA)

Conduta

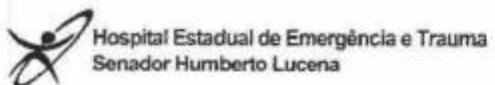
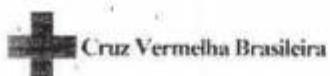
Alta médica

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM-8252/PB)COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	BAE 1094761	Data/Hora Entrada 15/07/2018 23:42:41	Data Baixa
Data de nascimento 06/08/1981	Idade 36a 11m 10d	Sexo Masculino	CNS 898003452448454 Telefone de Contato (83) 988429712
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - ATÉ 99997/99998, S/N	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 15/07/2018 23:42:41		Data/Hora Prescrição 16/07/2018 01:00:23	

Anamnese

*****NEUROCIRURGIA*****

ACIDENTE DE MOTO

GLASGOW 15

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO-DIREITO *E 520210.*

FEZ FAST SEM SINAIS DE SANGRAMENTO

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

CD> LIBERO PARA TRATAMENTO COM ORTOPEDIA; ALTA DA NEUROCIRURGIA

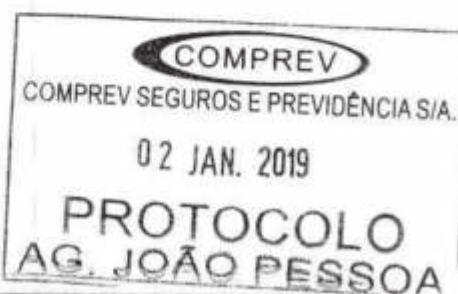
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

*Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM - 6628*



Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 15/07/2018 23:43:42



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO
DATA DE NASCIMENTO	06/08/81
NOME DA MÃE	LAUDICEIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.094.761
DATA DO ATENDIMENTO	15/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	23:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
CID 10	S52.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando fratura exposta em antebraço esquerdo. TC de crânio sem sinais de fraturas ou hematomas intracranianos. Nega dor na coluna vertebral. Nega perda da consciência. Fratura de ulna esquerda e fratura segmentar de rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de ulna e de rádio esquerdos.

TRATAMENTO:

Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	16/07/18
DATA DA EMISSÃO:	12/11/18

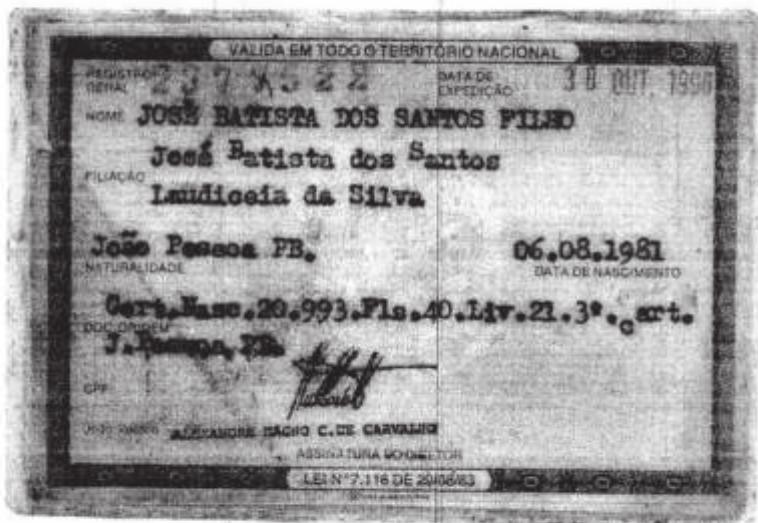
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

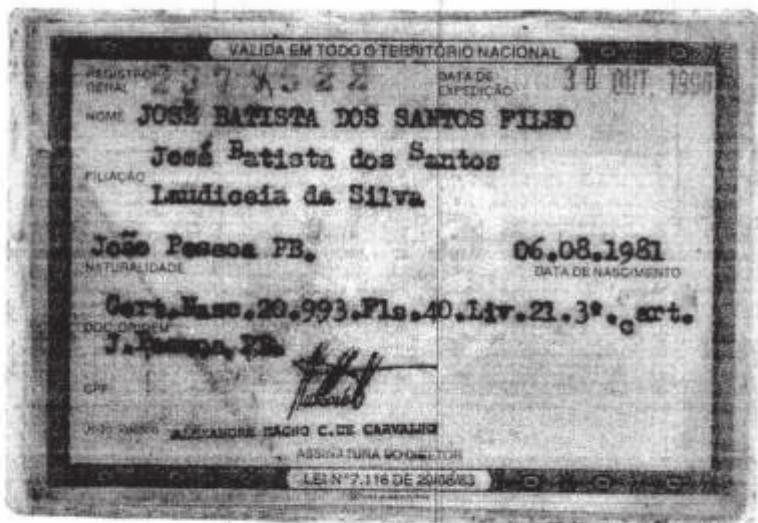
02 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082043 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DO RÁDIO E ULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS ANALISE POR CPF DA VITIMA POSSUI SINISTRO 3190008953 NEGADO SEM SEQUELA POR APRESENTAR LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE DR. INDALÉCIO PACELLI FERNANDES, DO DIA 08/01/2019 DO HOSPITAL COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, EVIDENCIANDO RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VITIMA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190008953 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 15/07/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA NA PG10, COM DATA DE 08/01/2019, EMITIDA PELO DR. INDALÉCIO PACELLI FERNANDES, DO HOSPITAL COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, EVIDENCIAM RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Batista dos Santos Filho, brasileiro(a), estado civil casado, profissão
técnico resegurança, CI RG nº 2377522, CPF/MF nº 042.414-471-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Ave. Desemb. Hilário Soárez Maier, 518, Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
83 98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

Toas Resone 19de de 3em hyde 20 18.



OUTORGANTE



SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OPÍCIO DISTRITAL
Del. Nilmário Vieira Batista - Taboão / Bel. Rosângela Vieira Batista - Taboão
Rua São Pedro de Araújo, 40 - Marapé/Porto Alegre/CEP: 90240-010 - Jardim Franc. - Porto Alegre/RS

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Em test da verdade, João Pessoa-FB 19/12/2018 15:40:08
ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCREVENTE AUTORIZADA
[2018-036553]EROL-RS #7,48 FARPEM-RS 0,28 FEPJ-RS 1,90 ISS-RS 0,47
SELO DIGITAL: AMY05976-60PP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

VIEIRA
BASTISTA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Batista dos Santos Filho, brasileiro(a), estado civil casado, profissão
técnico resegurança, CI RG nº 2377522, CPF/MF nº 042.414-471-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Ave. Desemb. Hilário Soárez Maier, 518, Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
83 98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

Toas Resone 19de de 3em hyde 20 18.



OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001748/19

Número do Sinistro: 3190008953

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CPF: 042.414.474-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 15/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001748/19

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CPF: 042.414.474-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO : 042.414.474-30

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: 02/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035201/19

Número do Sinistro: 3190082043

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CPF: 042.414.474-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

JOSE BATISTA DOS
SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 04/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035201/19

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CPF: 042.414.474-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO : 042.414.474-30

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: 30/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035201/19

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CPF: 042.414.474-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO : 042.414.474-30

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: 30/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001748/19

Número do Sinistro: 3190008953

Vítima: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CPF: 042.414.474-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

JOSE BATISTA DOS
SANTOS FILHO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 09/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA