
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



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 médico-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



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: 042414474-30 Nome completo da vítima: José Batista dos S. Filho

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

Nome completo: José Batista dos Santos Filho CPF: 042414474-30

Profissão: Sec. de Segurança Endereço: Adm. Desemb. Helton Santo Maior Número: 50 Complemento: _____

Bairro: José Américo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 135353

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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 Líder 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 discorde 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: João Pessoa - PB 02/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

X José Batista dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

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 SEGUROS 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.

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: 042414474-30 Nome completo da vítima: José Batista dos S. Filho

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

Nome completo: José Batista dos Santos Filho CPF: 042414474-30

Profissão: Sec. de Segurança Endereço: Adm. Desemb. Helton Santo Maior Número: 50 Complemento: _____

Bairro: José Américo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 135353

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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 Líder 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 discorde 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: João Pessoa - PB 02/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

X José Batista dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

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 SEGUROS 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.



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 Nº 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 Gouvea 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



Procedimento Policial: 09692.01.2018.1.00.401



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 Nº 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 Gouvea 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



Procedimento Policial: 09692.01.2018.1.00.401

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: 042414474-30 Nome completo da vítima: José Batista dos S. Filho

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

Nome completo: José Batista dos Santos Filho CPF: 042414474-30

Profissão: Sec. de Segurança Endereço: Adm. Desemb. Helton Santo Maior Número: 50 Complemento: _____

Bairro: José Américo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 135353

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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 Líder 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 discorde 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: João Pessoa - PB 02/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

X José Batista dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

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 SEGUROS 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.

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: 042414474-30 Nome completo da vítima: José Batista dos S. Filho

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

Nome completo: José Batista dos Santos Filho CPF: 042414474-30

Profissão: Sec. de Segurança Endereço: Adm. Desemb. Helton Santo Maior Número: 50 Complemento: _____

Bairro: José Américo Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4915 CONTA: 135353

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ 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 Líder 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 discorde 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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: João Pessoa - PB 02/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

X José Batista dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

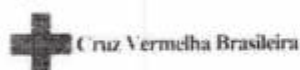
2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEGUROS 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.

01/30

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	Clinica	
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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

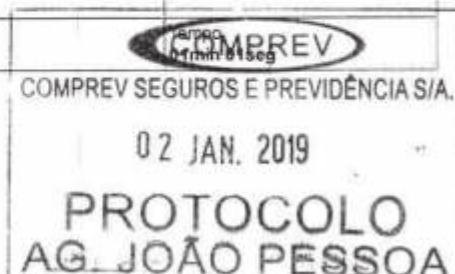
Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

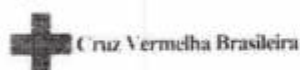
Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente vitana acid. muito a baixa ptes dureza, ruborização e prurido ? avaliação médica de e encaminhado p/ exames.</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA						

Imprimir



01/30

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	Clinica	
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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

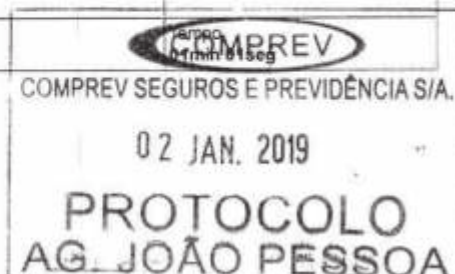
Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente vitana acid. muito a baixa ptes deves, ruboracao e pratura ? maltrato medico de e encambiado PI Mares.</i>						
Diagnóstico						CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA						

Imprimir



LAUDICELIA DA SILVA
AV. DESEMB. HILTON SOUTO MAIOR, S/N - JOSE AMERICO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)
Emissão: 25/10/2018 Referência: Out / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO R-230 Km25 - Codo Releto - João Pessoa/PB - CEP: 58116-520
Razão: 5-5-439-2130 NF medidor: 00008945195

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.896.102/0001-40 - N.º Est. 15.016.525-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 17014.589.222
Código para Débito Automático: 000001163123

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	626.259.824-20 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/816312-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/09/18	615	25/10/18	642		27	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alg. Item (R\$)	Base Calc. Pag (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	Per. Consum. (R\$)	0,6712% (2,9914%)
0601	Custo de Disponibilidade	17,82	0,00	0	0,00	17,82
0607	Adc. B Vermelha	1,55	0,00	0	0,00	1,55
						19,37

CC - Código de Classificação do Item TOTAL 19,37 0,00 0,00 19,37 0,13 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 | 39 | 43 | 17 | 32 | 21 | 17 | 34
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RECEBIMOS DO FISCAL

0606.c3ad.9f0f.1868.c91b.56f4.2b4f.09c2.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
C & ENSAL	6,18	0,00	NOMINAL 220
C TRIMESTRAL	10,18		
C ANUAL	20,17		
RIC TRIMESTRAL	2,23	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
RIC ANUAL	0,47		
RIC TRIMESTRAL	12,15		
RIC ANUAL	2,64	0,00	
RIC	12,12		

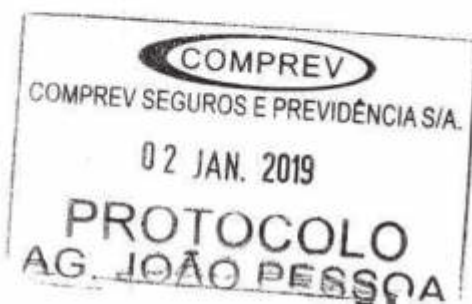
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Def. da Energia/PB	6,58	31,39
Compra de Energia	10,18	52,59
Serviço de Transmissão	2,35	12,08
Encargos Sazonais	1,44	7,43
Impostos (Diet. e Encargos)	0,72	3,72
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	19,37	100,00

Valor do EUSD (Ref. 01/2018) R\$ 7,05

ATENÇÃO

Faturas em atraso

João Batista



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

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO DE
 2627718 SEP PB

CPF DATA NASCIMENTO
 046.502.754-74 21/08/1982

PRACAO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACC CATAR
 5

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO
 01851269660 16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894056231

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
 JOAO PESSOA, PB 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISOR 66588356744
 PB027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

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

[illegible]

Autos e Veículos Ltda. - Rua da Bahia, 2015 - 04015-000 - São Paulo, SP
CNPJ nº 06.940.888/0001-00 - Insc. Est. nº 07.083.258-1

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
12/12/15	0074	12/12/15	0074						30
Demonstrativo									
001	Consumo			Overdose Tarif	Var. Base C	Alg. Jor. R	Emess. R	Pl. R	Cobran
				Previs. Tarif R	CMR (%)	CMR	Pl. C (%)	CMR (%)	Pl. R (%)
0001	Consumo			210.000	0,000000	180,45	180,45	20	41,11
0001	Adic. B. Verboval					4,73	4,73	20	1,19
0001	Adic. B. Anual					2,10	2,10	20	0,55
ENCARGOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIB. SERV. M. PÚBLICA					91,24	0,00	20	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62
Histórico de Consumo (kWh)		

8	22	44	70	6	10	22	32	57	20	19	24
Nov12	Dec12	Jan13	Feb13	Mar13	Apr13	May13	Jun13	Jul13	Aug13	Sep13	Oct13

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

[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

—Contingency model



● 郭子明、王德成

Math 12-5-291-490
Math 12-5-291-490

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
-------------------	----------------------

28/11/2018 R\$ 198.62

83640000001-1 98620149000-0 16983582018-7 11400005019-4



OMPRES

JROS E PRF

JAN. 20.

ТОС

GAOP

LAUDICELIA DA SILVA
AV. DESEMB. HILTON SOUTO MAIOR, S/N - JOSE AMERICO
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG. 1)
Emissão: 25/10/2018 Referência: Out / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO R-230 Km25 - Codo Releto - João Pessoa/PB - CEP: 58116-520
Razão: 5-5-439-2130 NF medidor: 00008945195

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.896.102/0001-40 - N.º Est. 15.016.525-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica 1/2014 589.222
Código para Débito Automático: 000001163123

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	626.259.824-20 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/816312-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/09/18	615	25/10/18	642		27	28

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alg. Item (R\$)	Base Calc. Pag (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	Per. Consum. (R\$)	0,6712% (2,9914%)
0601	Custo de Disponibilidade	17,82	0,00	0	0,00	17,82
0607	Adc. B Vermelha	1,55	0,00	0	0,00	1,55
						19,37

CC - Código de Classificação do Item TOTAL 19,37 0,00 0,00 19,37 0,13 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 | 39 | 43 | 17 | 32 | 25 | 17 | 34
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RECEBIMOS DO FISCAL

0606.c3ad.9f0f.1868.c91b.56f4.2b4f.09c2.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
C & ENSAL	6,18	0,00	NOMINAL 220
C TRIMESTRAL	10,18		
C ANUAL	20,17		
RIC TRIMESTRAL	2,23	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
RIC ANUAL	0,47		
RIC TRIMESTRAL	12,15		
RIC ANUAL	2,64	0,00	
RIC TRIMESTRAL	12,12		
RIC ANUAL	2,64		

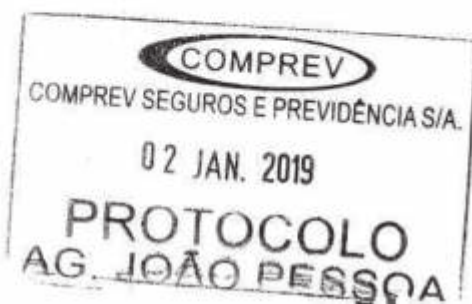
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Def. da Energia/PB	8,58	31,39
Compra de Energia	10,18	52,59
Serviço de Transmissão	2,35	12,13
Encargos Selo	1,44	7,43
Impostos (Diet. e Encargos)	0,72	3,72
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	19,37	100,00

Valor do EUSD (Ref. 01/2018) R\$ 7,05

ATENÇÃO

Faturas em atraso

João Batista





1. 2020年12月1日，本公司与上海浦东发展银行股份有限公司（以下简称“浦发银行”）签订了《流动资金借款合同》，借款金额为人民币1000万元，期限自2020年12月1日起至2021年12月31日止，利率为LPR4Y+100BP。

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, without prior written permission from John Wiley & Sons, Inc.

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima entrega:	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	21/11/2018	15/12/2018	010.947.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contacto

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
Demonstrativo									
001	Debitos	Quantidade	Taxa	Valor	Reducao	Ant	Consumo	Debitos	Reducao
* 2.000,00 / 2.000,00 / 0,00 / 0,00 = 100,00 / 100,00 / 0,00 / 0,00									
002	Consumo em kWh	20.000,00	0,20	4.000,00	20	40,00	100,00	4,00	7,00
003	Ass B Vermeo		4,00	4,00	20	1,00	4,00	0,04	0,00
004	Ass B Ampla		4,00	4,00	20	2,00	2,00	0,04	0,00
LAVANDARIA DESEMPREGADOS									
005	CONTROLE DE LUMINOSIDADE		10,00	10,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	-------------	---------------

28/11/2018

RS 198.62

28/11/2018
Historico de Consumo (kWh)

1	25	45	55	4	15	22	30	10	20	35	40
Apr-17	May-17	Jun-17	Jul-17	Aug-17	Sep-17	Oct-17	Nov-17	Dec-17	Jan-18	Feb-18	Mar-18

PERMANENT ADDRESS

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

Current: 3x 300 Conduits

[illegible]- [Contact your provider](#)

 Springer

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

清江先生 望生 立於 一 日

28/11/2018

RS 198.62

83640000001-1 96620149000-0 16983562018-7 11400005019-4



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boloto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 016.924.751



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 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

28/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,22

MATRÍCULA

1698358-2019-01-3

04 FEV. 2019
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Bazar 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Agência Fiscal Jose B. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mar Gabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>5809-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)

Jose Bazar de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandre Bazar 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 221 (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 penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Gexer Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Batista dos S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.241.474 / 30 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima Jose Batista dos S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.241.474 / 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		Número <u>57</u>	Complemento
Bairro <u>Changabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 04 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Alexandra Gexer Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rômulo Abrantes Sarmiento 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 residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua dos Irmãos, nº 212
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Batista dos Santos Filho, cujo o condutor era
Jose 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 2018

a Rômulo
Assinatura do Declarante

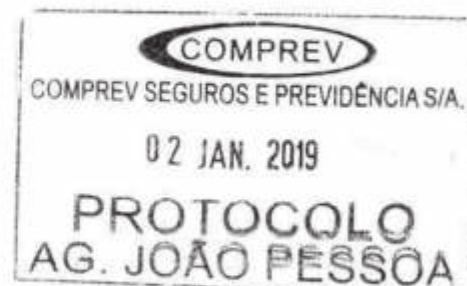
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5º Ofício
R. Edson Pinheiro, 414 - Torre - CEP: 54040-000 - Telefone: (83) 3144-8888 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) Rômulo Abrantes Sarmiento Leite

Em test. da verdade, João Pessoa/PB 19/12/2018 13:20:50
Rosângela de Sousa Carneiro - Escrevente
[2018-061039]EML:R\$ 49,48 FARENSE 0,23 FEPV:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,1
SELO DIGITAL: AHW53159-YATZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpep.jus.br>

5º Ofício de Notas
Tel: 31244-8000
João Pessoa
Paraíba



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rômulo Abrantes Sarmiento 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 residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua dos Irmãos, nº 212
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Batista dos Santos Filho, cujo o condutor era
Jose 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 2018

a Rômulo
Assinatura do Declarante

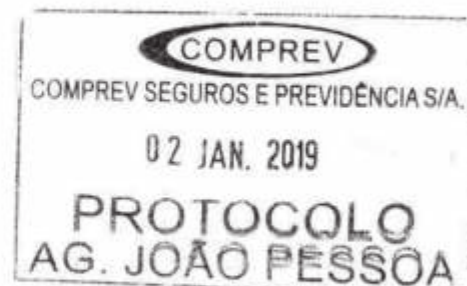
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5º Ofício
R. Edson Pinheiro, 414 - Torre - CEP: 54040-000 - Telefone: (83) 3144-8888 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) Rômulo Abrantes Sarmiento Leite

Em test. da verdade, João Pessoa/PB 19/12/2018 13:20:50
Rosângela de Sousa Carneiro - Escrevente
[2018-061039]EML:R\$ 49,48 FARENSE 0,23 FEPV:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,1
SELO DIGITAL: AHW53159-YATZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpep.jus.br>

5º Ofício de Notas
Tel: 31244-8000
João Pessoa
Paraíba





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 Ortopedia de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de ulna e de rádio esquerdos.

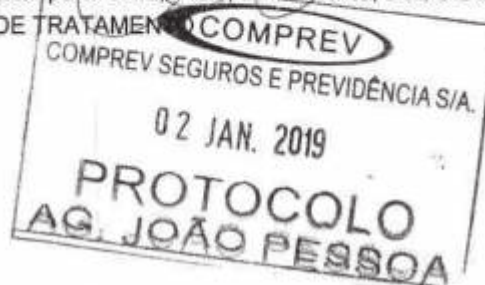
TRATAMENTO:

Encaminhado para o Ortopedia 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.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988429712
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 *é esquerdo*

FEZ FAST SEM SINAIS DE SANGRAMENTO

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

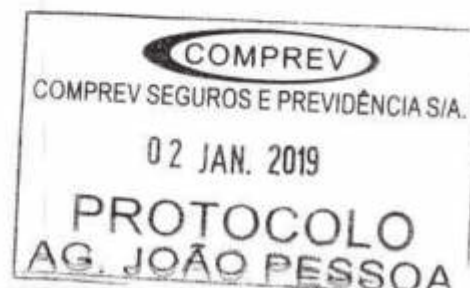
NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

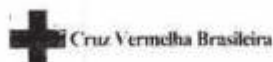
CD> LIBERO PARA TRATAMENTO COM ORTOPEDIA; ALTA DA NEUROCIRURGIA

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)



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

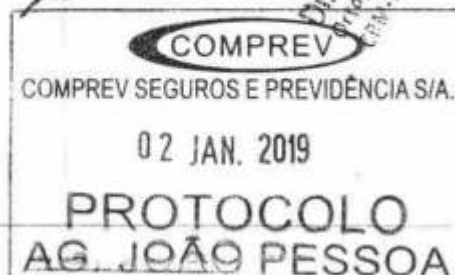
Tel: 32165700

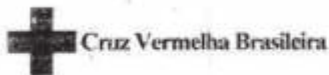
CNES: 445365

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 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 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 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 RADIO HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO CD: ATB + TETANOGAMA + 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 TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)				
PROCEDIMENTO TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA)				
Conduta Alta médica				

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM/8252/PB)





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
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988429712
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

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

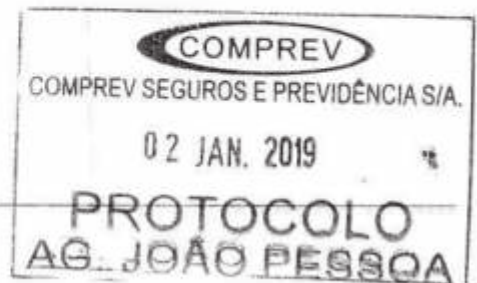
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)



SOLICITAÇÃO DE PR

Nome
JOSE BATISTA DOS SANTOS
Data de
06/08/18



 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

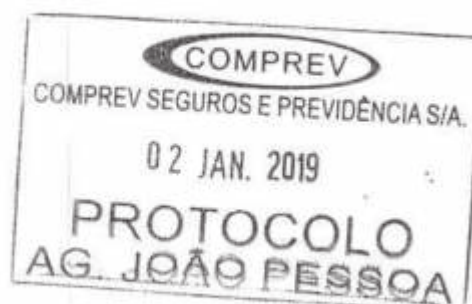
Nome JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO		Registro 1094761	Idade 36a 11m 10d
Localização CONSULTÓRIO ORTOPEDIA		Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não	
Antibióticos 1 CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA)		Intervalo	Tempo 1 Dias
Indicação Terapêutica: FRATURA EXPOSTA		Assinatura e Carimbo Médico:  Dr. Thiago Vanomick CRM 10.912 / RCD 14540	
Indicação Profilática: FRATURA EXPOSTA		Dispensado pela Farmácia Farmaceutico:	
Doença Base: FRATURA EXPOSTA		AGORA	

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.

 Cruz Vermelha Brasileira

Assinatura do Profissional

06 de Julho de 2018





PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



Nome	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	Data de	06/08/1981	Idade	36a 11m 10d	Sexo	MASCULINO	Nº	1094761	Nº Prontuário	15/07/2018 23:51:05
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	15/07/2018 23:51:00 - 16/07/2018 23:51:00										
Convenio	Matrícula										
SUS	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
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA
3 PARECER ORTO	0.0						
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional
Alisson Cordeiro Moreira
CRM: 10942

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

15 de Junho de 2018

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

ULTRASSONOGRAFIA
FAST
16/07/18
00:18
Kernul
1002

RAIOS-X	
TIPO ...	15107118
DATA ...	00:30
HORA ...	00:30
NOME TEC. RAD.	Pedro Alves Jr.
ASS.: CRTR. Nº 010621	

15 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

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

7974601



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 16/07/18 01:03
Usuário: TIBERIO
Boletim: 1094764
CICLA S/S

Nome: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO
Motivo do Atendimento:
Data de: 06/08/1981
Idade: 36a 11m 10d
Sexo: MASCULINO
Nº: 1094761
Nº Prontuário:
Validade da Prescrição: 16/07/2018 01:03:00 - 17/07/2018 01:03:00
Matrícula:
Senha:
Convenio: SUS

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
3	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA
4	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA
5	TETANOGAMMA	1.0	UI		INTRAMUSCUL AR		AGORA

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
CRM: 8252

Dr. Tiberio Vanomark Chaves Bezerra
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM: 8252 / TEOT 14340
Assinatura e Carimbo do Profissional

CERTIDÃO

Nº. 1615/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, 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.

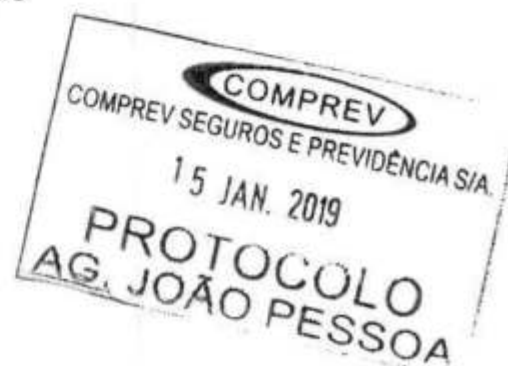
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/07/2018, 31/07/2018 com alta médica dia 01/08/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144913 Atd: Nao Regul
Data: 16/07/2018
Hora: 02:22:32
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S.
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2377522 Fone: 988429712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/08/1981 Id: 36 ano(s)

End.: AVENIDA HILTON SOUTO MAIOR - DE 1/2 A 99997/99998,0

Bairro: CIDADE DOS COLIBRIS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: LAUDICEIA DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DE TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.07.001935

Pai: JOSE BATISTA DOS SANTOS

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Nível de Classificação de Risco: AMARELO

RA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

QUEIXA COM TRAUMA EM ULNA E RADIO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular

[] Vomito

Observacao

VTR DO TRAUMA:

COMPREV
COMPREV
15 JAN. 2019
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

02:30

Paciente com fratura de ulna e os ossos do antebraço
(5). 66 Ferimento perficante em face lateral do

Diagnostico antebraço (5).
Sem sinais de

Conduta

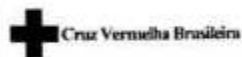
col: Interno + enc. do bloco

Prescricao contusivos.

Horario da medicacao

cu.

OBS: Devido a dor de neu-
rômio e a natureza do caso
de urgência. Ferimento com urina



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 ANTEBRAÇO 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 PUNTI-FOME SANGRANTE NA REG. DO TERÇO MÉDIO ULNAR COM ESCOREAÇÕES AO REDOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS OU VASCULARES. DOR COM MOBILIZAÇÃO

RX: FRATURA DA ULNA + FRATURA SEGMENTAR DO RADIO

HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: ATB + TETANOGAMA + IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

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

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA

8252/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 ANTEBRAÇO 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 PUNTI-FOME SANGRANTE NA REG. DO TERÇO MÉDIO ULNAR COM ESCOREAÇÕES AO REDOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS OU VASCULARES. DOR COM MOBILIZAÇÃO

RX: FRATURA DA ULNA + FRATURA SEGMENTAR DO RADIO

HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

CD: ATB + TETANOGAMA + IMOBILIZAÇÃO

ANALGESIA

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

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

Dr. TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA

8252/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Batista Data da Admissão: / /
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:
Nome da Mãe:
Endereço: Bairro:
Cidade: Estado: Fone: Profissão:
Sexo: F () M () Cor: Estado Civil: Religião:
Escolaridade: Data de Nascimento / /

QPD: Dou e fecunda em anticoncepção

HDA: Fugiente de uso de anticoncepção e de exp do anticoncepção

CD. Interessa
Bloco em.

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 [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

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

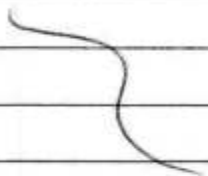
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE em DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA ANTISEPSIA

Incisão:



Achados:

FX EXPOSTA PUNTIÇÃO OSOS DO ATERIAÇÃO

Condut:

LIMPEZA MECÂNICA CÍRURGICA COM
SF 0,9% e DEGERMANTES

Fechamento:

CURATIVO e TALA ADILDO PALMEIRA

OBS:



Data: 16/07/18

Yuri, Coldeiro
CRM 22.14507

MÉDICO/CRM

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



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:

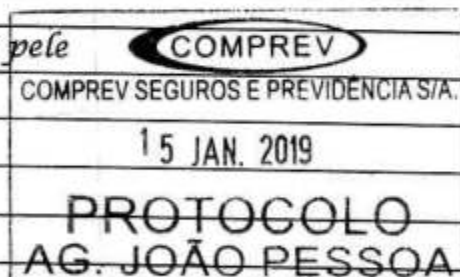
Visualização de fratura da diáfise do rádio
Visualização de fratura da diáfise do ulna

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



OBS:

Data:

21/07/18

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

LAUDO 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 grave
comminutiva, tratada com
placas + parafusos. Atuel-
mente com boa evolução,
recuperação da ADM do
punho e cotovelo e de
alto da ortopedia.

CID: 552.5

08/01/19

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TERT 14267

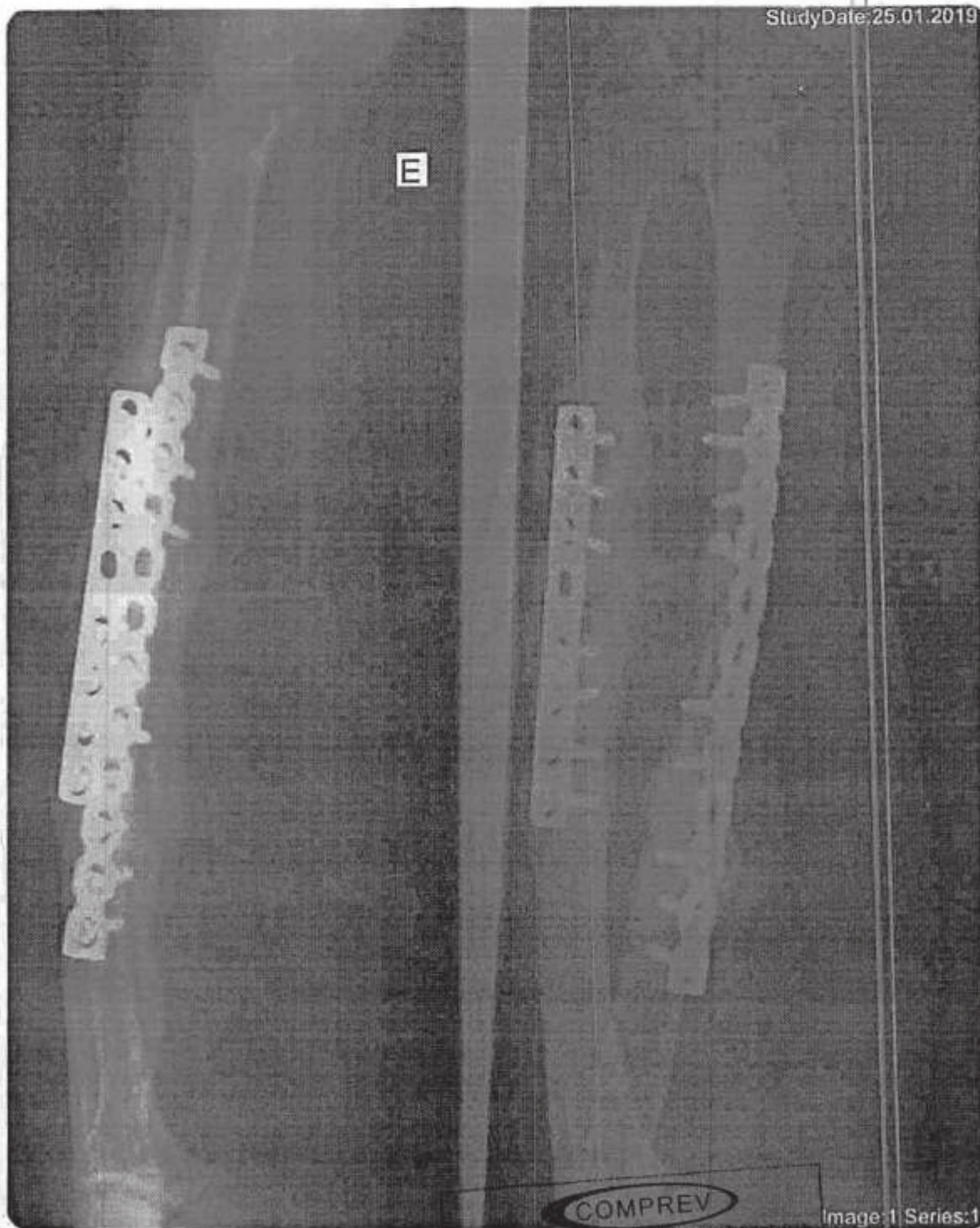
Assinatura e Carimbo



PatientID: 4512120014
PatientName: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

Sex: Masculino
BirthDate: 06.08.1981
Age: 37a.

StudyDate: 25.01.2019



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

Image: 1 Series: 1

30 JAN. 2019

HTOP

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	Data de	06/08/1981	Idade	36a 11m 10d	Sexo	MASCULINO	Nº	1094761	Nº Prontuário	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito									
Convenio	SUS	Matrícula									

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	
3	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG	E.V.		AGORA	
4	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.		AGORA	
5	TETANOGAMMA	1.0	UI	INTRAMUSCUL AR		AGORA	

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA

CRM: 8252

Dr. Tiberio Vanomark Chaves Bezerra
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM: 8252 / TEOT 14340

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

ULTRASSONOGRAFIA
FAST
16/07/18
00:18
Kernul
1002

RAIOS-X	
TIPO ...	15107118
DATA ...	00:30
HORA ...	00:30
NOME TEC. RAD.	Pedro Alves Jr.
ASS.	CRTR. Nº 010621

15 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

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

7974601



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

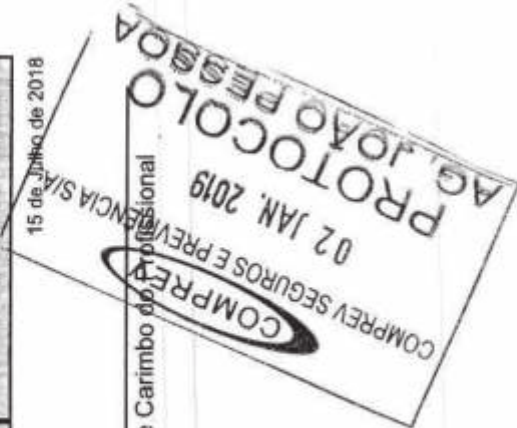


Nome	JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO	Data de	06/08/1981	Idade	36a 11m 10d	Sexo	MASCULINO	Nº	1094761	Nº Prontuário	15/07/2018 23:51:05
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	15/07/2018 23:51:00 - 16/07/2018 23:51:00										
Convenio	Matrícula										
SUS	Senha										

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
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.			AGORA
3 PARECER ORTO	0.0						
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
CRM: 10942

Assinatura e Carimbo do Profissional
Alisson Cordeiro Moreira
CRM: 10942



SOLICITAÇÃO DE PR

Nome
JOSE BATISTA DOS SANTOS
Data de
06/08/18



 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

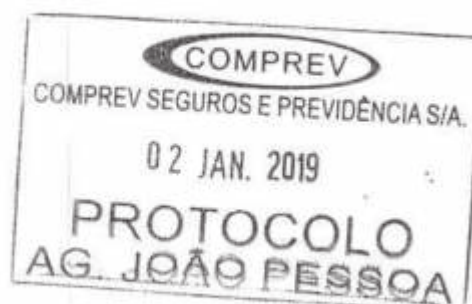
Nome JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO		Registro 1094761	Idade 36a 11m 10d
Localização CONSULTÓRIO ORTOPEDIA		Coleta Prévia de Cultura? () Sim () Não	
Antibióticos 1 CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA)		Intervalo	Tempo 1 Dias
Indicação Terapêutica: FRATURA EXPOSTA		Assinatura e Carimbo Médico:  Dr. Thiago Vanomick CRM 10.912 / RCD 14540	
Indicação Profilática: FRATURA EXPOSTA		Dispensado pela Farmácia Farmaceutico:	
Doença Base: FRATURA EXPOSTA		AGORA	

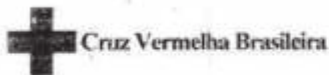
Não é permitida a prescrição de antibióticos VENOSO na sala de medicação. No caso de necessidade de prescrever CEFTRIAXONA que não seja por meningite, deve haver uma justificativa carimbada e assinada pelo médico.

 Cruz Vermelha Brasileira

Assinatura do Profissional

06 de Julho de 2018





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
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988429712
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

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

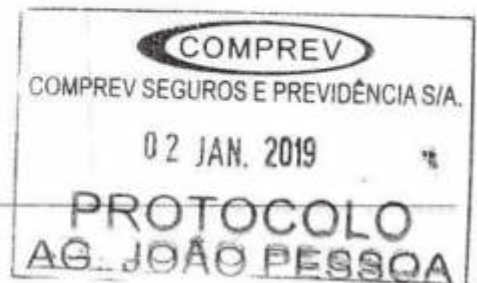
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

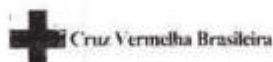
Conduta

Em observação

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)





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

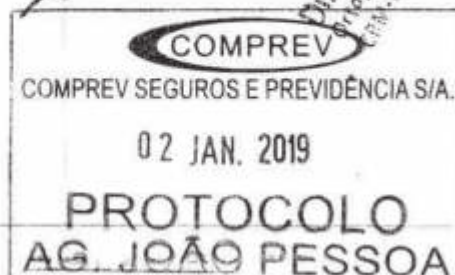
Tel: 32165700

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 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 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 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 RADIO HD: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO CD: ATB + TETANOGAMA + 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 TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/TSM)				
PROCEDIMENTO TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA)				
Conduta Alta médica				

JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM/8252/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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
Mãe LAUDICEIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988429712
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 *é seguro*

FEZ FAST SEM SINAIS DE SANGRAMENTO

TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM SINAIS DE FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA

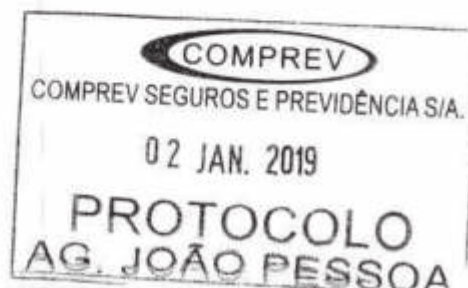
NEGA DOR EM COLUNA VERTEBRAL

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)



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 Ortopedia de Mangabeira.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de antebraço esquerdo
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de ulna e de rádio esquerdos.

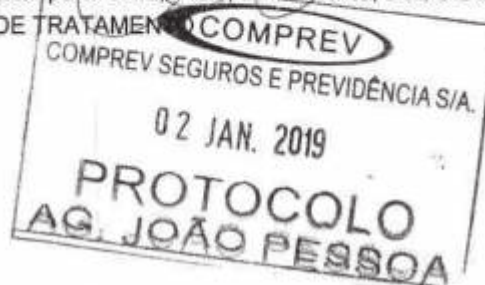
TRATAMENTO:

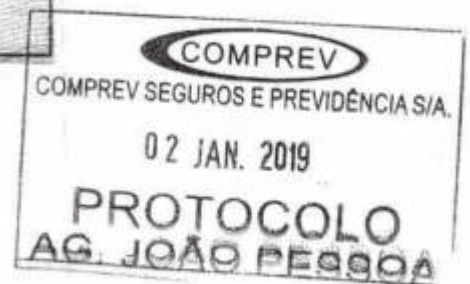
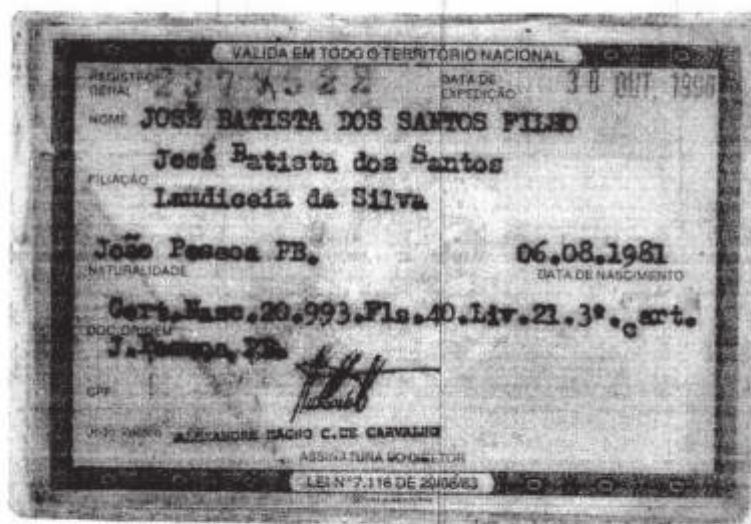
Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

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.





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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO DE
2627718 SEP PB

CPF DATA NASCIMENTO
046.502.754-74 21/08/1982

PRACAO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACC CATAR
5

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO
01851269660 16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

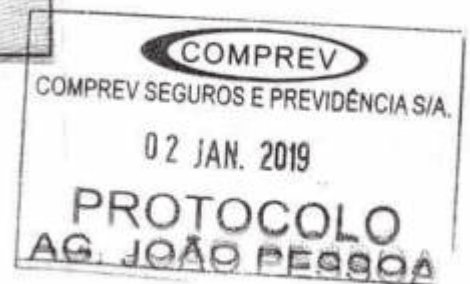
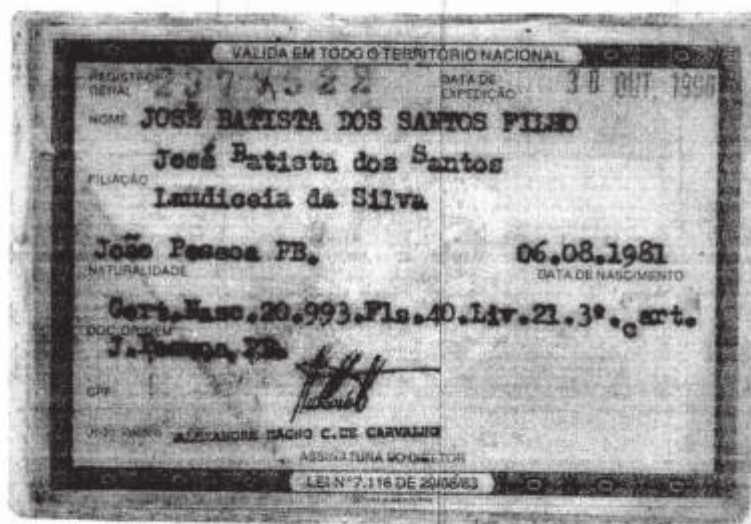
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOÃO PESSOA, PB 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISOR 66588356744
PB027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

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



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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO DE
2627718 SEP PB

CPF DATA NASCIMENTO
046.502.754-74 21/08/1982

PRACAO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACC CATAR
5

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO
01851269660 16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
JOÃO PESSOA, PB 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISOR 66588356744
PB027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
PROTOCOLO
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 RADIO 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, EVIDENCIA 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

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 EVIDENCIA PRESENÇA 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, EVIDENCIA 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:

Jose Batista dos Santos Filho,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
técnico de segurança, CI RG nº 2377522,
CPF/MF nº 042.414.474-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Av. Desemb. Hillem Souto Major, 51N,
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.

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jose Batista dos Santos Filho

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Def. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Def. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua São Pedro de Arco, 40 - Mangabeira Postal - CEP 58029-010 - João Pessoa, Paraíba - Fone/Fax: (33) 3440-0000

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

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 19/12/2018 15:40:08
ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-036553]EMOL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,40
SELO DIGITAL: AHY05976-60PP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ofício
Distrital
João Pessoa
VIEIRA BATISTA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Batista dos Santos Filho,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
técnico de segurança, CI RG nº 2377522,
CPF/MF nº 042.414.474-30, residente e domiciliado(a) à Rua
Av. Desemb. Hillem Souto Maior, 51N,
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.

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Jose Batista dos Santos Filho

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Def. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Def. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua São Pedro de Arão, 40 - Mangabeira Postal - CEP 58029-010 - João Pessoa, Paraíba - Fone/Fax: (33) 3440-0000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s)
JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 19/12/2018 15:40:08
ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-036553]EMOL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,40
SELO DIGITAL: AHY05976-60PP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Ofício
Distrital
João Pessoa - PB
VIEIRA BATISTA

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 médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Titular do CPF: 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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Titular do CPF: 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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA