



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI.

CPF da Vítima

917.023.804-91

Nome completo da vítima

João Jamir da Silva Gabriel

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	João Jamir da Silva Gabriel	CPF titular da conta	917.023.804-91	Profissão	funcionário
Endereço	Alma Inacoma Ribeiro 62	Número	62	Complemento	
Bairro	Centro Santiago	Cidade	Santa Rita	Estado	RN
Email	zeduardosilva@hotmail.com	CEP	58300-970	Telefone (DDD)	98663-4980

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR SEM RENDA
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATE R\$ 1.000,00
ACIMA DE R\$ 10.000,00

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

16 MAIO 2018

AGÊNCIA NRO. 3348 D/V 00004577 D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

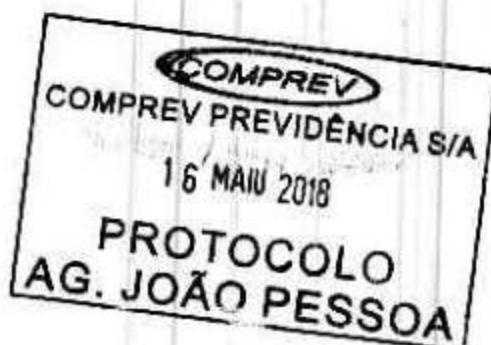
CONTAS CORRENTE (todos os bancos)
BANCO nome:
AGÊNCIA nro:
D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Jamir da Silva Gabriel
Local e Data

João Jamir da Silva Gabriel
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Nº Sinistro: 3180183555

Vitima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Data do Acidente: 06/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183555**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta nº 12774488

A/C: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180183555 ASL-0143600/18
Vitima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

917.023.804-91

Nome completo da vítima

José Janio da Silva Gabriel

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Janio da Silva Gabriel	917.023.804-91	detetive
Endereço	Número	Complemento
Jona Inácio Ribeiro	51/N	
Bairro	Cidade	CEP
Centel Santiago	Santa Rita	58300-000
Email	Telefone (DDD)	
zequuarosoliveira@hotmail.com	8663-4900	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

3348

NRO:

CONTA

00004577

DV:

(informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO:

AGENCIA

NRO:

CONTA

Nro:

(informar dígito se existir)

23-ABR-2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta.

Apos efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

São Paulo 20 de março de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - TIBIRI

DATA: 21/03/2018 HORA: 11:52:15
TERMINAL: 33481001 CONTROLE: 334810010313

AGÊNCIA: 3348 - TIBIRI
UNIÃO: 013.00004577-5
CLIENTE: JOSE JANTO DA SILVA GABRIEL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 19.736

Março

05/03	000008	REM BÁSICA	0,00
05/03	000008	CRED JUROS	0,00

RESUMO EM 20/03

SALDO 19.736

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONÍVEL	19.736
SALDO TOTAL	19.736

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

23 ABR. 2013
PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 342, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos TRES dias do mês de MAIO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL, conhecido por JOSE, Identidade nº 1.664.189-SSPPB, CPF nº 917.023.804-91, nacionalidade brasileira, estado civil: divorciado, profissão: duteiro, filho(a) de Josebias Gabriel E De Rosete Da Silva Gabriel, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/11/1972 (44 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iracema Ribeiro,62,Heitor Santiago, tendo como ponto de referência: XXXX, na cidade de SANTA RITA , fone(s) para contato: 83 98721-6535;

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/ registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
2) DATA DO FATO: 06 de 08 de 2016;
3) HORARIO: 07h:0min;
4) LOCAL: CENTRO DE SANTA RITA;
5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY;
6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM,UMA MOTOCICLETA HONDA FAN CG 150;
7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, E ELE HABILITADO? NÃO;
8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

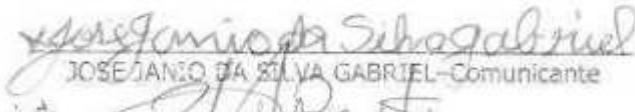
9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:
UMA MOTO HONDA CG 150 FAN ESDI,DE COR VERMELHA, FLEX,ANO MODELO 2014/2015,CHASSI 9C2KC1589PR503148 DE PLACA QF8 0459 MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB,DE PROPRIEDADE DE JOSENILO DA SILVA GABRIEL.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:
NÃO

11) BREVE RESUMO DO FATO:
DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA UM POUCO ATRAS E NO MESMO SENTIDO DA AVENIDA, COLIDIU NA LATERAL DA MOTO DO NOTIFICANTE NO MOMENTO QUE O MESMO IRIA VIRAR A ESQUERDA,DISSE QUE HAVIA SINALIZADO COM ANTERCEDENCIA A INTENÇÃO DA MANOBRA,MAS O MOTOCICLISTA NÃO VIU E TERMINOU COLIDINDO,AMBOS CAIRAM AO CHÃO,O MOTOCICLISTA INFRATOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR NENHUM SOCORRO A VITIMA,QUE NO LOCAL PERMANECEU AGUARDANDO O SOCORRO COM FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDA,DISSE QUE QUEM O SOCORREU FOI O CORPO DE BOMBEIROS ,QUE O CONDUZIU AO COMPLEXO HOSPITALAR SUPRA,ONDE DEU ENTRADA AS 09h00min NO MESMO DIA DO ACIDENTE,CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE Nº 874.666 E PRONTUÁRIO Nº 2016.08.000431.

12) OBSERVAÇÕES:
NADA A CONSTAR

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.


JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL-Comunicante


Escrivã(c)/Agente

23 ABR. 2017

PROTOCOLO
AG. 1040-PES

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Janio da Silva Gabriel

CPF da Vítima

611.023.804-91

Data do Acidente

06.08.16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

José Resende de março de 2018

Local e Data:

José Janio da Silva Gabriel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO

Nº. 0358/2017

Atendendo solicitação de **JOSÉ JANIO DA SILVA GABRIEL** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancredo Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº874666 e prontuário Nº 2016.08.000431 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 06/08/2016 às 09h00min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna direita. Indicado procedimentos cirúrgicos que foram realizados dia 06/08 e 31/08/2016. Alta dia 15/09/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Março de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

23 ABR. 2017

PROTOCOLO *
AG. JOÃO PESSOA

12.12.2016 - HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO PESSOA
12.12.2016 - HOSPITAL MUNICIPAL MANGABEIRA
R. 12 DE OUTUBRO, 1000 - BLOCO 01
CEP: 58010-000 - SANTA RITA/PB
Fone: (83) 3214-1980 - CNPJ: 23.102.474/0001-26

Data Nr: 674666 Atd: Não Regist
Data: 06/08/2016
Hora: 09:00:23
Recepção: CRISTIANE DE FRANCA
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL

Nº. protocolo: 2016.08.000431

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987216535
Mae: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 30/11/1972 Id: 43 ano(s)

End.: RUA IRACEMA RIBEIRO, 60

Bairro: ESTREL SANTIAGO Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: JOSE DIAS DA SILVA SOUZA

Mae: ROSETTE DA SILVA

Ocupação: FONTELEIRA

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

Ref.: PAIA, 45 PEPEIRIA (CORPO DE BOMBEIROS)

Ref.: Paciente: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Ref.: OUTRO: N/

Morte: Vítima: SÓIA TUTU (45) DO BOMBEIROS VITIMA DE COLISÃO DE
Morte: Vítima por: MOTO X MOTO NO CENIPOR DE SANTA RITA PROX A CAIXA
Vítima de violência por: ECONOMICA AS 07:40 CONDUTOR FUND INCOMPLETO
Vítima de violência por: Vendo Velocidade

EXAME-CONSULTA

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

TIPO DE CONSULTA: CONSULTA

PA: 90

Aparentemente bem Gravemente

PI: 120

Politraumatizado Convulsão

Peso: 70kg

Hemorragia Dispermeia

Altura: 170cm

Diarreia Agitação

Cor: Rosada

Regular Choquado

Cor: Rosada

Vomito

Observações:

Exame Físico:

Exa. mot. moto

Exame Físico - Exame Físico - (Nota do atendimento médico) Paciente vítima de queda de moto. Lado esquerdo. Negativo de dor em dor. Vomitos. Apresenta rotina de ferida.

Exame Físico

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

23 ABR. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Nome : Meios/mentos : Dose : Horario : Exclusao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROTÓCOLO REALIZADO

ESTADO DO PACIENTE

Residencia Transferido Absentia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Outro: Aceitado SVD TOL



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Meuizo

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	26/02/2018	27/03/2018	17683319449 <small>ver ESI</small>
UC (Unidade Consumidora):			5/1335004-6

UC (Unidad Central)

Canal de contato

Levou dinheiro no encontro? Mere de chamar um agente da
- Confiança. Não ameaçar a fazer o mesmo. De um banco de segurança
- Chame vizinhos e amigos e entre no combate se possível
- transformar o banco. Isso é o que o governo e o Ministério da Saúde
- devem fazer.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
25/01/19	63	26/01/19	66			26			31
Demonstrativo									
CDI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Calc. Alm.	Outras	Base Calc. P/AB	Outras	
				Unitária	(Métrica)	(Métrica)		Unitária	
0001	CUSTO DE DISPONIBILIDADE			15,84	0,00	0	0,00	15,84	0,11
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0004	JUROS DE MORA 12/2017			216	0,00	0	0,00	216	0,00
0005	MULTA 12/2017			9,00	0,00	0	0,00	9,00	0,00
0009	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			0,15	0,00	0	0,00	0,15	0,00

100% of the above amounts are to be paid to the following firms: TOTAL \$1,47 0.00 0.00 15.84 0.17 2.82

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
05/03/2018 R\$ 16,42

Histórico de Consumo (kWh)

114	120	108	100	97	87	73	105	103	73	19	16
Q1/17	Mar/17	Apr/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18

2023-03-23 5:27:29 ff419aa1 96c7d734

→ Atendendo à Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIURNAL	1.87	0.00	NOMINAL
DIURNOTERRESTRAL	1.34		
FIANAL	2.73		
FIURNAL	1.48	0.00	CONTRATADA
FIUTERRESTRAL	0.97		LIMITES INFERIOR
FIANAL	1.30		LIMITES SUPERIOR
DMC	1.30	0.00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Salários de Diretores	1.000,00	100,00
Comissão de Diretores	100,00	10,00
Salários de Funcionários	100,00	10,00
Salários de Servidores	100,00	10,00
Impostos Diretores e Funcionários	100,00	10,00
Impostos de Servidores	100,00	10,00
Total	10.400,00	100,00

ATENÇÃO

AVISO DE VENCIMENTO: Caso este seu(s) cliente(s) permaneça(m) atrasado(s) com a fatura de pagamento das contas de fornecimento de energia elétrica, o mesmo poderá ser desligado(s) de sua(s) residência(s) ou empresa(s), caso o mesmo não seja comunicado(s) ao seu(s) fornecedor(es) ou administrador(es) da sua(s) residência(s) ou empresa(s) que a fatura(s) esteja(m) vencida(s) e que a mesma(s) não seja(m) paga(s) dentro do prazo de vencimento.

Faturas em atraso

PLATE 18A

VENCIMENTO
05/03/2018

**TOTAL A PAGAR
R\$ 16,42**

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXX3655
 Atendimento a Clientes: 40049609
 Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura

28/10/2017

Total da fatura
R\$ 50,00**Pagamento**
R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com o restante a ser quitado, a ser descontado na próxima fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Vale ressaltar que os encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44.

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RECIFE PE PL6
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 AV MARIA ROSA 58
 MANAIRA
 58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98868 2100044754 30 171017
 Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 1/10/17 Emissao: 13/10/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Crédito/Débito
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09	DEBITADO PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 03/04			
	Subtotal Nacional			
	Total Nacional			
	Total Internacional			
	Total da Fatura			

Informações do Programa de Pontos CaxaSaldo Disponível
R\$276Prazo de Exp. Ponto
1230

Encargos
 MULTA
 MORA

2,00 %
 1,00 %
 5,00 %

23 ABR. 2017

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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 COAF**.

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

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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 435.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Jairine da Silva Gabriel inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.023.804-91 do sinistro de DPVAT cobertura univaleida da Vítima Jose Jairine da Silva Gabriel, inscrito (a) no CPF sob o Nº 917.023.804-91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

23.ABR.2011

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		Número	Complemento
<u>Av. Maria Ribeiro</u>		<u>53</u>	
Bairro	<u>Alamoinha</u>	Estado	<u>PR</u>
City	<u>João Pessoa</u>	CEP	<u>58033-460</u>
Email	<u>zeduardo.silva@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>9.8663-4905</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>99340-1170</u>

Jose Ribeiro de 23 abril de 2013
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josénildo da Silva Guedes,
RG nº 1664188 data de expedição 19/11/2013
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 9102356434, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Antônio Gomes cerca de km 300 nº 303,
complemento CASA, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Fábio da Silva Guedes, cujo o condutor era
João Fábio da Silva Guedes.

Veículo: MOTO
Modelo: Fever 150
Ano: 2014 x 2015
Placa: EFB 0169
Chassi: 903KCJ650EF 503 328
Data do Acidente: 06/08/2016
Locate Data: SANTA BÁRBARA PB


20 MAI 2016
X formulário de g/ve Guedes
Assinatura do Declarante

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: Josénildo da Silva Guedes e João dos Santos Lima
Em testemunha verdade, João Pessoa-PB 20/03/2018 11:20:59
Bairro dos Santos Lima - Escrivente
C2018-0077153EMOL:R\$ 19,48 FAREM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ICP:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AG039244-W035
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>JOSE JANIO DA SILVA</u>			61011011	Registro:
Idade:	43	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data:	06/08/16	Cirurgião:	<u>Dr. Francisco</u>		
2º Assistente:	<u>3º Assistente:</u>			1º Assistente: <u>LEONILDO R.</u>	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Instrumentador:	Horário: I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

FRACTURA EXPOSTA DOS OSSOS
DA Perna (circle)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

1) LMC + FIXAÇÃO EXTERNA

23 ABR. 2017

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
2 (X) Não

Descriva: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) ALOSICA DE CAMPOS ESTERIL

Incisão:

- 4) REALIZADO INCISAO CONGUDIDADA COM
ALGÍRIO ANTERIOR DA Perna E PARA AVANTO
DO FEMORAL E FACILITAR A CMC

Achados:

- 5) ENCONTRADA FRACTURA EM CUNHA +
LESÃO DE SANTOS MOLES DA Perna E
- 6) PRESENÇA DE TUSCUM CORPO-CONTUSO EM
ALGÍRIO DORSAL DO PÉ E

Conduta:

- 7) REALIZADO A CMC COM IOL SF 99%
- 8) FIXAÇÃO DA FRACTURA COM FIXADOR
ESTERNO P/ CONTROLE DE DANOS
- 9) SUTURA DA PELE DA Perna E E
DORSO DO PÉ E
- 10) CURATIVO ESTÉRIL
- 11) RX DE CONTROLE

26 ABR 2011

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

FEITO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 28 DE
CEFAZOLINA

OBS: FOI PRESCRITO CIPROFLOXACINA, DENDO
A FALTA DE ATB IDEAL NESTE SERVICO

Dr Leonardo

Medico
CRM-PB 102

MÉDICO/CRM

Data: 06/08/10



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSÉ JAMO DA SILVA Data da Admissão: 06/08/14

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

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

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

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

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Fratura exposta dos ossos

HDA: DA Perna E (6 II)

Pronto para ADMITIDO com Fratura
de tornozelo e perna E 1003
ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Medicações em uso: _____ Data: 23 ABR. 2017

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] JHAS [] JDM [] JTB [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] JHTF

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Implementação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ P _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: 23 ABR. 2011

AGU: PROTOCOLO

SME: AG. JOÃO PESSOA

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: 1) EX EXPOSTA EM OSSOS

DA BUNA E (GII)

Conduta: 1) AO BLOCO

2) INTERAMENTO 9/170

Dr. Henrique

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

Dr. Leonardo Ribeiro

Médico

CRM/PB 10330



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>JOSÉ JANÉSIO DA SILVA</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:	
Data:	14/09/16	Cirurgião:	<u>GRALVAN</u>	1º Assistente:	<u>JORGES</u>	
2º Assistente:				3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:				Tipo Anestesia:	Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<u>Fratura aberta de tibia (F2)</u>	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>Fratura aberta de tibia (F2)</u>	
23 ABR. 2017	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<u>TTº Cirurgico de Fratura de tibia (6)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (x) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- paciente em Decúbito Down sob
Preparo neurológico
- rotulagem cirúrgica

Incisão:

Incisão em face anterior do joelho
aprox 10 cm.

Achados:

Visão clara e livre com
residuais.

Conduta:

Ressecção óssea operária em
aproximadamente 10 cm.
Ressecção da articulação fibular.

23 ABR. 2010

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

Sutura com fio
cortado
visão boa para fechar

OBS:

Data: 14/01/16

Dr. Jorge Augusto
Ortopedista e Traumatologista
Médico de Trabalho
CRM 9127
MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Tomás da Silva				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 31/08/16	Cirurgião: Dr. J. M. B.	1º Assistente: <i>Carvalho</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do osso do punho (R)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do osso do punho</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Ressecção do osso</i>					
					23 ABR. 2016
					PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: P-1 e P-2
Preparo: Desbridamento.
Ressecção articular.

Incisão:

Achados:

Conduta:

Ressecção articular.
Ressecção articular.
Ressecção articular.

23 ABR. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

2 feridas + curva + VTR

OBS:

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM 9127-PB

Data: 3/08/10

MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Janzão da Silva</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data: <u>14/09/16</u>	Cirurgião: <u>G. V. V.</u>	1º Assistente: <u>J. A. G. B.</u>		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T: CID		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<u>Fratura aberta de tibia</u> F2				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO				
<u>TTº Cirurgia da Fratura de Diáfise</u> de tibia B				
16/09/2016				
26 ABR. 2017				
Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	Descreva:	PROTOCOLO	
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim		AG. JOÃO PESSOA	
2 <input type="checkbox"/> Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:				
1 <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2 <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva 3 <input type="checkbox"/> Residência 4 <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico				



Antecedentes Personais e Habitos

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[] HAS [] DM [] HIW [] HPR [] Dislipidemia [] Mandibular [] Tinea de Tapa

[] Trauma

[] Alcoholismo

Exercício Físico:

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____

FC: _____ FR: _____

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas:

1) Exostoza em ossos
da punha e (GII)

Conduta:

1) AO BLOCO
2) INTERAMENTO 9/ TTD

Dr. MEDICO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DR. EDUARDO DUTRA
Medico

CRM/PB 10330



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Henrique da Silva</u> Idade: <u>31</u> Sexo: <u>M</u> Cor: <u>Clínica:</u> Data: <u>31/08/16</u> Cirurgião: <u>Dr. J. M. G.</u> 2º Assistente: <u></u> 3º Assistente: <u></u> Anestesista: <u></u> Tipo Anestesia: <u></u>				Registro:		
				EMP:	I.R:	
				1º Assistente:	<u>Giovane</u>	
				Instrumentador:		
				Horário:	<u>11:00</u>	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO CID <u>Fractura do antebraço proximal</u>						
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID <u></u>						
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO <u>Ressecção do friso</u> <u>Reparo.</u>						
<u>23 ABR. 2013</u>						
PROTOCOLO * AG. <u>JOÃO PESSOA</u>						
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não		Descreva: <u></u>				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não						
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico						



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTESEPSIA
- 3) APOSICAO DE CAMPOS esteriles

Incisão:

- 4) REALIZADO INCISAO LONGITUDINAL COM ALGEMA ANTERIOR DA Perna E PARA AVANÇO DO FERIMENTO E FACILITAR A LMC

Achados:

- 5) ENCONTRADO FRACTURA EM CUNHA + LESTE DE SANTOS moles DA Perna E
- 6) PRESENCA DE TRAMA CORTO-CONTUSO EM ALGEMA DIREITA DO PÉ E

Conduta:

- 7) REALIZADO A LMC COM IOL SF 09/
- 8) FIXAÇÃO DA FRACTURA COM FIXADOR EXTERNO P/ CONTROLE DE DANOS
- 9) SUTURA DA PÉ DA Perna E E DIREITO DO PÉ E
- 10) CURATIVO ESTÉTICO
- 11) RX DE CONTROLE

23 ABR. 2011

PROTÓCOLO
AG. JUÃO PESSOA

Fechamento:

FEITO DURANTE O ATO CIRÚRGICO 28 DE CEFALOSINA

OBS: FOI PRESCRITO CIPROFLOXACINA, DEVIDO A FALTA DE ATB IDEAL NESTE SERVICO

Dr. Leonardo

Médico
CRM-PB 105

MÉDICO/CRM

Data: 06/08/10





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSE JAMO DA SILVA Data da Admissão: 06/08/16
Frontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11
QPD: Fratura exposta dos ossos
HDA: DA Perna E (6 II)

Paciente admitido com Fratura
e dor da perna e após
Acidente Motociclistico

Medicações em uso: _____

22 ABR 2011

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME <u>JESK PEREIRA DA SILVA BRAGA</u>				PROGRESSO N° <u>1</u>
DATE	SEXO	ICR	CLÍNICA	DATA DE ALTA <u>14/04/16</u>
DATA DE ADMISSÃO <u>06/03/16</u>				TEMPO DE PERMANÊNCIA <u>10 dias</u>
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>FRACTURA DA DIAFÍSIS DA TIBIA (5)</u>				CIR ^o <u>100</u>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				<u>100</u>
OUTROS DIAGNÓSTICOS				<u>100</u>
ESPECIALIZADOS	<u>RODODIAGNOSTICO + EXAMES FÍSICOS</u>			
EXAMES EXAMES	<u>ESCRITURA DA FRACTURA DA TIBIA (5)</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>1º CIRURGICO DA FRACTURA DA TIBIA (5)</u>	<u>2º CIRURGICO DA FRACTURA DA TIBIA (5)</u>			
INTERVÉNTICA MEDICAMENTOSA				
ANAMNESE PATOLÓGICA				
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLHITA DE MATERIAL. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDICÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO				
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES</small> <u>Fratura subacute a TIBIA com</u> <u>Fratura aberta (5) da Tibia (5)</u>				

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por 30 dias

Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 120 dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

14/04/16

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
MÉDICO CONSULTOR
CRM 9127-PB





SOLICITACÃO DE PARECER

Médico Requerente

Especialidade Solicitada cardiologista

Data e Hora: _____

Avaliação: Rotineira () Urgência ()

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Name Donna

Idade 42 a

Setor Urgência ()
Enfermaria (x) ~~05~~

Isolamento () Leito 09102
UTI ()

RESUMO – JUSTIFICATIVA

Rei el paciente reporta de ondas de punzadas y mareos de picardía extrema, náuseas causando náuseas.

 Assinatura

23 ABR. 2013

~~PROTÓCOLO~~
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DO ESPECIALISTA

141 Bello Nuvolino 17/11/1999
diogos2 MarcaPesso
9:41 6/1999



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Foram feitos procedimento digital
São duas pessoas
uma paciente

Incisão:

Achados:

Conduta:

Protocolo de Ribeiro Rotman
revisão 01/2019

23 ABR 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

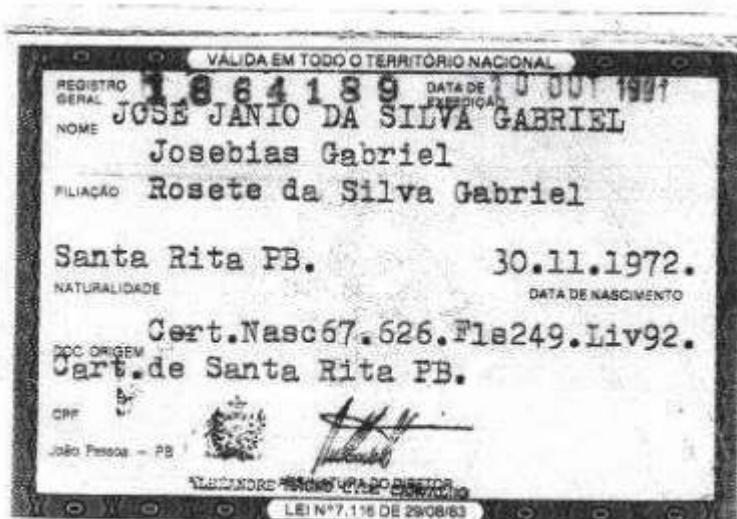
Fechamento: 2 varizes + curva + VTR

OBS:

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia / Traumatologia
Médico do Trabalho
CRM 9127-PB

Data: 3/08/16

MÉDICO/CRM



23 ABR. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josénildo da Silva Guedes,
RG nº 1664188 data de expedição 19/11/2013
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 9102356434, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Antônio Gomes cerca de km 300 nº 303,
complemento CASA, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Fábio da Silva Guedes, cujo o condutor era
João Fábio da Silva Guedes.

Veículo: MOTO
Modelo: Fever 150
Ano: 2014 x 2015
Placa: EFB 0169
Chassi: 903KCJ650EF 503 328
Data do Acidente: 06/08/2016
Locate Data: SANTA BÁRBARA PB

X Assinatura do Declarante

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: Josénildo da Silva Guedes e João dos Santos Lima
Em testada verdade, João Pessoa-PB 20/03/2018 11:20:59
Bairro dos Santos Lima - Escrivente
C2018-0077153EMOL:R\$ 19,48 FASEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 (R\$ 21,66)
SELO DIGITAL: AG039244-W035

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183555 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :50% DE 70% = 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183555 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JANIO DA SILVA GABRIEL **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :50% DE 70% = 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão aluno
CPF/MF nº 551.023.804-51, residente e domiciliado(a) à Rua
IRACEMA, número 62, bairro TIBIRIS, bairro SANTANA, Estado
Cidade de Santa Rita, CEP: 58300-370, telefone
98603-4900, 99342-1170.

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

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

22 ABR. 2013

20 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

~~for Russo~~, 20 de marzo de 2018.

OUTORGANTE