

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171

Vitima: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180453171**.

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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13417888



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Sinistro: 3180453171  
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA  
Data do Acidente: 29/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180453171** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171

Vitima: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE RAMOS DE ARAUJO

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180453171**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

045 215 374-02

José Edilson Lima Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Edilson Lima Silva	045 215 374-02	Recruto
Endereço	Número	Complemento
Sítio Espinheira	51N	Casa
Bairro	Estado	CEP
	PB	58123-000
Cidade		Telefone (DDD)
Curitiba		(83) 99805-5108
Email		
joselima@bol.com		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ **CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

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

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO D/V

CONTA NRO D/V

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

AGÊNCIA NRO D/V

CONTA NRO D/V

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

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

Bom Vista 10 de Agosto de 2018  
Local e Data

José Edilson Lima Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180453171  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edilson Lima Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Espinheiro, S/N  
Zona Rural Boa Vista PB CEP: 58123-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2536822  
Data local do acidente: [ 29/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 15/10/2018 ] Campina Grande [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSINTESE DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO**

**Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES**

**Data da Alta: 01/06/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim      ☒ (X) Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*

☒ (X) "Sem seqüela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):


% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues**  
CPF - 872.403.194-15  
CRM/PB - 5523



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

JOSE EDILSON LIMA SILVA

CPF da Vítima

045.115.374-02

Data do Acidente

29/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

JOSE RAMOS DE ARAUJO

CPF do Representante legal

409.289.644-91

E-mail

jramos16@outlook.com

Telefone (DDD)

(33) 99805-5108

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.

Boa Vista, 10 de Agosto de 2018

Local e Data

JOSE EDILSON LIMA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



ATENDIMENTO URGENCIA

PRONT (B.E) N°: 1644555

CLASS. DE RISCO VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-409 Data: 29/04/2018

Bolchín de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Endereço: ESPINHEIRO

Cidade: Boa Vista

Nome da Mãe: INACIA LIMA SILVA

Responsável:

Estado Civil: Unão Estável

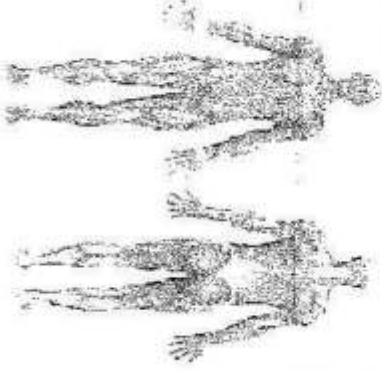
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

Off. FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abuso
2. Amputação
3. Asfixia
4. Certeza
5. Certeza
6. Certeza
7. Edema
8. Empalme
9. Enclavamento
10. Enclavamento
11. Enclavamento
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Certeza
15. F. Certeza
16. F. Certeza
17. F. Certeza
18. F. Certeza
19. F. Certeza
20. F. Certeza
21. Hematoma
22. Injeção de sangue
23. Injeção de sangue
24. Injeção de sangue
25. Injeção de sangue
26. Injeção de sangue
27. Injeção de sangue
28. Injeção de sangue
29. Injeção de sangue
30. Injeção de sangue
31. Injeção de sangue
32. Injeção de sangue
33. Injeção de sangue
34. Injeção de sangue
35. Injeção de sangue
36. Injeção de sangue

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

ACIDENTE DE MOTO

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS  
PCT: 30/04/2018  
Paciente com queimadura de 1º grau em 10% da superfície corporal e queimadura de 2º grau em 10% da superfície corporal. No momento do atendimento, paciente apresentava sinais de desidratação e febre. Tratado com fluidos e analgésicos. Evolução satisfatória, sem necessidade de internação.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FISICO

PUPILAS: 3/3

Glasgow: 15/15

Reflexos: 2+/2+

Força: 5/5

Sensibilidade: 100%

Exames solicitados:

Exames realizados:

Solicitação de parecer médico:

Especialista:

Especialista:

Médico solicitante:

Procedimentos realizados:

Prescrições e condutas:

Horário realizado:

Assinatura e carimbo do médico:

Dr. João Carlos Gomes

Carimbo do médico:

Assinatura e carimbo do médico:

Dr. João Carlos Gomes

Carimbo do médico:

TOMOGRAFIA REALIZADA 29/04/2018

SABEMI SEGURADORA S/A 27 SET 2018 RECEBIDO



energisat

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 17060 100310  
Cód. para Dct. Automático: 0001000123

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RNM
Jan / 2018	16/01/2018	15/02/2018	99657295491

UC (Unidade Consumidora): 4/108612-3

### Canal de contacto

• Comparte sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, no Twitter e no LinkedIn (@emantiga), sempre que precisamos de você. Queremos estar sempre juntos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
18/12/17	34818	18/01/18	25306	1	2	31

### Demonstrative

CONTABILIZAÇÃO DO PC							
DT	Descrição	Quantidade Teórica	Valor Baseado At. 12/31/17, para a 1.ª Et. 1.ª Et.	Correção			
		Índice Teórico 12/31/17	Par. de 1.ª Et. 1.ª Et.				
0001	Consumo em kWh	100,000 x 102,50%	102,50	27	27,00	0,00	27,00
0002	Ass B Vermelho	3,00	2,36	27	0,81	0,00	0,81
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIB LUM PÚBLICA	11,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORIA 10/2017	9,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORIA 11/2017	1,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2017	2,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 11/2017	2,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO METRERIA 10/2017	4,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO METRERIA 11/2017	1,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00

DOI Coeficiente de Clasificación, 00 de Bem	10174	12721	10348	27.82	10343	0.50	0.88
---	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média (últimos meses) (kWh) 185	<b>VENCIMENTO</b> <b>23/01/2018</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 127,71</b>
------------------------------------	--	---

### Histórico de Consumo (kWh)

148	134	142	125	182	182	110	198	262	124		106
Jun17	Jun17	Jun17	Apr17	May17	Jun17	Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17

2007/10/10 15:00

50d1.00f3.5b68.fb30.1903.a2d2.1722.884a

### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEL	Aparente	Limite de Tensão (V)	
CL MENOR	10,50	0,00		
CL TRIMESTRAL	26,00		NOMINAL	20
CL ANUAL	41,70			
CL MENOR	7,50	0,00	CONTRATUAL	20
CL TRIMESTRAL	16,70		LIMITE INFERIOR	23
CL ANUAL	26,00		LIMITE SUPERIOR	
CL MENOR	5,50	0,00		
CL TRIMESTRAL	10,00			

### Consequência do Contorno

Discriminação	Valor (R\$)	%
Pedidos de Gás da EnargemSO	6.72	20.34
Compra de Energia	14.28	22.72
Serviços de Transmissão	8.83	3.88
Encargos Setoriais	7.71	8.48
Impostos Civis e Enargem	17.39	44.87
Outros Serviços	3.09	6.93
<b>Total:</b>	<b>57.71</b>	<b>100.00</b>

Version 1.0 (2017-08-27)

## ATENÇÃO

**HEAVISO DE VENCIMENTO:** Casado, (1) para a elaboração do parecer, foi encaminhado o formulário para ser preenchido a partir de 3/03/2010. Conforme Resolução 4-1 da ANEP, o pagamento após, sendo dada nota à possibilidade de livre disposição de atendimento, caso o mesmo não seja encaminhado no prazo, poderá não ser feita sua inscrição para o curso em questão. Certeza quanto ao pagamento e a situação de inscrição, consultar o e-mail informado. A falta de inscrição no prazo de inscrição do curso não é de responsabilidade da instituição.

**Faturas em atraso**  
Dez/17 122,90

SABEMI SEGURODORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Teófilo Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 06.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
DISSPARE ESTE NÚMERO

69465908

N. 057

18693835

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

OTAVIO EMILIANO ALVES  
RUA VITAL F DA SILVA, 63 - IANB - CENTRO QUEIMADAS  
PB 58475-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Frac. med	Paralelo	Quilô	Quilô	
0.30.008.395.0350.000	000	1	2	3	4	
Hidrômetro Data de Instalação, Localização, Situação Água, Situação Esgoto						
LIGADO POTENCIAL						

Consta(n) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, esta(s) pendência(s) sujeita(n) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, considere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas linhas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
MAR/2018	08/06/2018	37,91			
JUN/2018	08/07/2018	38,82			

EMISSÃO:

27/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 76,73

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 José Romar da Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 408289644 / 97, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Edilson Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.115374 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima José Edilson Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.115374 / 02, 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>Rua Vital Francisco da Silva</u>		Número <u>63</u>	Complemento <u>12 andar</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Queimadas</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58475-000</u>
Email <u>josromarpb@outlook.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(33) 98822.4322</u>	Telefone celular (DDD) <u>(33) 97805.5108</u>

Queimadas de Agosto de 2018  
Local e Data

José Romar da Araújo  
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elonora Barbosa Lima RG de nº 1.791.142-2 via data de expedição 77/12/2014 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 964.1077.1094/91, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Pernambuco, onde reside na ( ) Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Engenheiro, nº 51N, Bairro Zona Rural, 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 José Edilson Lima Silva cujo o condutor era José Edilson Lima Silva.

Veículo PAS/CG ISO TITA;  
Modelo Honda / CG ISO TITAN ESP  
Ano 2015 / 2015;  
Placa QFJ 5835/PB;  
Chassi 9C2KC1650FR 206 177;  
Data do Acidente 29/04/2018;  
Local e Data 77 de Asfalto 2018

x Elonora Barbosa Lima  
Assinatura do Declarante ( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Serviço Registral e  
Notarial - Boa Vista

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

TABELIONATO DE NOTAS E OFFÍCIO DE  
REGISTRO DE IMÓVEIS E PESSOAS  
NATURAL DE BOA VISTA

Reconhecido e firma de Elonora Barbosa Lima  
Boa Vista, 28 de 08 de 2018

Notário Elonora Barbosa Lima  
SELO DIGITAL 44669648-5537  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>







GOVERNO  
DA PARAIBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Jane Edilene Gomes Silva</i>	Bairro: <i>Beira Rio</i>
End: <i>57 Capim Branco</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>13.04.82</i>	Queixa: <i>nao sente</i> Data do Atend.: <i>29.04.18</i> Hora: <i>17:25</i> Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não	

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

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

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

*NEERMEIRA*

Assinatura e carimbo do profissional

SABEMI SEGURADORA S/A  
27 SET 2018  
RECEBIDO

1864 2.5 Maria H. C. G. F. 29.04.18

Revisão de legislação pela comissão

[illegible]

Dr. J. A. Biles, Esq.  
Cincinnati, Ohio

1845  
B.M.

Parente Wilson de São Paulo. Aparente me

Severance, and from the Dr. in the Academy.

For example, into appropriate patients, or to -208, which is not (34)

[illegible]

1. *Am. Liliaceae* *epipactis*. *Stictis* de Zuccarini E.

CD : Of course

2. *Agave* *peru* N.C. *peru* *indica*

(3) Landfill in BM

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

Dr. Reginaldo  
Cirurgião - Dentista  
C.R.O. 10.000

Centro chirurgico

( Alta hospitalar / ( Já revellia  
( Decisão Médica

( ) Interação (setor).

( Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

Jobito

Ass. do paciente ou responsável quando necessário

Ass. do patrão, nte ou responsável quando necessário

Bt - Providence 2130 - JC - Frost -

*[Handwritten notes in cursive script]*

On Wed 23 March 1999

Dr. Alfredo  
Neurocirurgião  
CRM-PR 112609/051.944-9/4-56

Dr. Fernando Porté  
Cirurgião e Traumatologista  
Especialista em  
Cirurgia Maxilo-facial  
CRQ-PB 4420

ad. - Ob. June 17<sup>th</sup> Daniel

and 1914-15

6 Feb after going for practice

1 - Letter to Prince Zug u.D.

HCC - John Wheeler King

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Uda Nandi - 30/04/18 - 04:07

*(The page contains faint bleed-through from the reverse side.)*

27-  
 28-  
 29-  
 30-  
 31-  
 32-  
 33-  
 34-  
 35-  
 36-  
 37-  
 38-  
 39-  
 40-  
 41-  
 42-  
 43-  
 44-  
 45-  
 46-  
 47-  
 48-  
 49-  
 50-  
 51-  
 52-  
 53-  
 54-  
 55-  
 56-  
 57-  
 58-  
 59-  
 60-  
 61-  
 62-  
 63-  
 64-  
 65-  
 66-  
 67-  
 68-  
 69-  
 70-  
 71-  
 72-  
 73-  
 74-  
 75-  
 76-  
 77-  
 78-  
 79-  
 80-  
 81-  
 82-  
 83-  
 84-  
 85-  
 86-  
 87-  
 88-  
 89-  
 90-  
 91-  
 92-  
 93-  
 94-  
 95-  
 96-  
 97-  
 98-  
 99-  
 100-  
 101-  
 102-  
 103-  
 104-  
 105-  
 106-  
 107-  
 108-  
 109-  
 110-  
 111-  
 112-  
 113-  
 114-  
 115-  
 116-  
 117-  
 118-  
 119-  
 120-  
 121-  
 122-  
 123-  
 124-  
 125-  
 126-  
 127-  
 128-  
 129-  
 130-  
 131-  
 132-  
 133-  
 134-  
 135-  
 136-  
 137-  
 138-  
 139-  
 140-  
 141-  
 142-  
 143-  
 144-  
 145-  
 146-  
 147-  
 148-  
 149-  
 150-  
 151-  
 152-  
 153-  
 154-  
 155-  
 156-  
 157-  
 158-  
 159-  
 160-  
 161-  
 162-  
 163-  
 164-  
 165-  
 166-  
 167-  
 168-  
 169-  
 170-  
 171-  
 172-  
 173-  
 174-  
 175-  
 176-  
 177-  
 178-  
 179-  
 180-  
 181-  
 182-  
 183-  
 184-  
 185-  
 186-  
 187-  
 188-  
 189-  
 190-  
 191-  
 192-  
 193-  
 194-  
 195-  
 196-  
 197-  
 198-  
 199-  
 200-  
 201-  
 202-  
 203-  
 204-  
 205-  
 206-  
 207-  
 208-  
 209-  
 210-  
 211-  
 212-  
 213-  
 214-  
 215-  
 216-  
 217-  
 218-  
 219-  
 220-  
 221-  
 222-  
 223-  
 224-  
 225-  
 226-  
 227-  
 228-  
 229-  
 230-  
 231-  
 232-  
 233-  
 234-  
 235-  
 236-  
 237-  
 238-  
 239-  
 240-  
 241-  
 242-  
 243-  
 244-  
 245-  
 246-  
 247-  
 248-  
 249-  
 250-  
 251-  
 252-  
 253-  
 254-  
 255-  
 256-  
 257-  
 258-  
 259-  
 260-  
 261-  
 262-  
 263-  
 264-  
 265-  
 266-  
 267-  
 268-  
 269-  
 270-  
 271-  
 272-  
 273-  
 274-  
 275-  
 276-  
 277-  
 278-  
 279-  
 280-  
 281-  
 282-  
 283-  
 284-  
 285-  
 286-  
 287-  
 288-  
 289-  
 290-  
 291-  
 292-  
 293-  
 294-  
 295-  
 296-  
 297-  
 298-  
 299-  
 300-  
 301-  
 302-  
 303-  
 304-  
 305-  
 306-  
 307-  
 308-  
 309-  
 310-  
 311-  
 312-  
 313-  
 314-  
 315-  
 316-  
 317-  
 318-  
 319-  
 320-  
 321-  
 322-  
 323-  
 324-  
 325-  
 326-  
 327-  
 328-  
 329-  
 330-  
 331-  
 332-  
 333-  
 334-  
 335-  
 336-  
 337-  
 338-  
 339-  
 340-  
 341-  
 342-  
 343-  
 344-  
 345-  
 346-  
 347-  
 348-  
 349-  
 350-  
 351-  
 352-  
 353-  
 354-  
 355-  
 356-  
 357-  
 358-  
 359-  
 360-  
 361-  
 362-  
 363-  
 364-  
 365-  
 366-  
 367-  
 368-  
 369-  
 370-  
 371-  
 372-  
 373-  
 374-  
 375-  
 376-  
 377-  
 378-  
 379-  
 380-  
 381-  
 382-  
 383-  
 384-  
 385-  
 386-  
 387-  
 388-  
 389-  
 390-  
 391-  
 392-  
 393-  
 394-  
 395-  
 396-  
 397-  
 398-  
 399-  
 400-  
 401-  
 402-  
 403-  
 404-  
 405-  
 406-  
 407-  
 408-  
 409-  
 410-  
 411-  
 412-  
 413-  
 414-  
 415-  
 416-  
 417-  
 418-  
 419-  
 420-  
 421-  
 422-  
 423-  
 424-  
 425-  
 426-  
 427-  
 428-  
 429-  
 430-  
 431-  
 432-  
 433-  
 434-  
 435-  
 436-  
 437-  
 438-  
 439-  
 440-  
 441-  
 442-  
 443-

CRIM/PT 7162

[illegible]





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

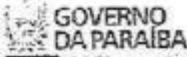
Nome do Paciente <i>Jon' Edilson Lima Silva</i>		Nº Prontuário <i>1644634</i>	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Andre Vajgel</i>	1º Auxiliar <i>Rogério Fernandes</i>		
2º Auxiliar <i>Jon' Ricardo</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Curando A.</i>	Tipo de Anestesia <i>Local</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de comp. zigomáxila (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Cirurgia de redução + FIE de fratura</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>A. menor</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>N. houve</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>N. houve</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N. houve</i>			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente sob anestesia geral com DDI
2) Antissepsia cirúrgica + aplicação de campo cirúrgico + temporização
3) Infiltração anestésica de fundo bucal
4) Abordagem para o local de fratura maxilar + ressecamento
5) Redução da fratura em região de pilar zigomático e sutura interdentária
6) FIE (1 placa orbital 5 furas 1,5 com 4 parafusos; 1 placa para 4 furas 1,5 com 4 parafusos - 2 emergência)
7) Sutura com SF 0/31
8) Redução com gancho de bloco de placa zigomática
9) Sutura por planos
10) Remissão da pele com pontos estéticos

Drº Andre Vajgel Fernandes  
Cirurgia e Traumatologia  
Buro-Maxilo-Facial  
CRO-PE 7371

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>José Tedelson Lima Silva</i> <i>13/04/82</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sala 05</i>	<i>S.U.S</i>	<i>36 anos</i>	<i>1644555</i>		
CIRURGIA <i>Redução e fixação de Fratura de Zigoma</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. André</i>			
ANESTESIA <i>Dr. Junardi</i>			ANESTESIA <i>Geral</i>			
INSTRUMENTADORA <i>ROLAND</i>		DATA <i>15/05/18</i>	INÍCIO <i>08:00</i>	FIM <i>10:10</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
			Calci. p/ Oxi.		Catgut cromado Serlix	
			Calci. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
			Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
			Compressa Pequena		Catgut Simples	
			Colonoide		Catgut Simples Serlix	
			Dreno		Catgut Simples Serlix	
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
			Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
			Dreno Pezzer nº		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Macrogotas		Ethibond	
			Equipo de Sanguê		Fio de Algodão Serlix	
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
			Escaradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak	
			Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
			Gese Pacote de 10 unidades		Fila cardiaca	
			H <sub>2</sub> O, ml	<i>02</i>	Mononylon <i>5.0</i>	
			Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Serlix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
<i>02</i>			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
<i>01</i>			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
<i>02</i>			Luvas 7.0		Vicryl Serlix	
			Luvas 7.5	<i>01</i>	Vicryl Serlix <i>5.0</i>	
			Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
			Luvas 8.5 <i>Proced</i>			
			Oxigênio /m			
			Po ilix			
			PVPI Degomante ml			
			PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
			Sabão Anti séptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
			Saco coletor <i>1/120</i>		SG Galacté fr 500 ml	
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
			Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
			Seringa desc. 05 ml	<i>03</i>	SG fr 500 ml	
			Sonda	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
			Sonda Foley			
			Sonda Nasogástrica			
			Sonda Uretral nº			
			Sterycem ml			
			Tornetinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina m			
<i>01</i>	<i>Agua desc. 25 x 28</i>		Ge con 18			
	<i>Agua desc. 28 x 28</i>		Látex			
	<i>Agua desc. 3 x 4.5</i>		<i>02</i>			
	<i>Agua p/ raque nº</i>		<i>05</i>			
<i>0.5</i>	<i>Alcool de Enfermagem</i>		<i>01</i>			
	<i>Alcool Iodado ml</i>					
<i>01</i>	<i>Ataduras de Crepon</i>					
	<i>Ataduras de Gessada</i>					
	<i>Azul metileno amp.</i>					
	<i>Bactina ml</i>					

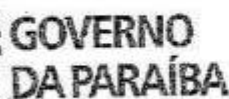
## EQUIPAMENTOS

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| (x) Oxímetro de Pulso | ( ) Foco Auxiliar       |
| ( ) Serra             | (x) Eletrocautério      |
| ( ) Desfibrilador     | (x) Oxícapnógrafo       |
| (x) Foco Engsa F. 20  | (x) Cardiomonito        |
| ( ) Fonte de Luz      | ( ) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL







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

## Evolução Psicológica

Name: Rose Edilben Lina Silva

Setor: 0 Ma maxilomaxila Leito: 2-4

Data	Observações
03/05/18	Paciente emocionalmente estável; consciente, auto e alio orientado. humor elevado, lágrima espontânea; verbalizando sem dificuldade. revela recursos positivos para enfrentamento a situação atual, perspectiva de cunho: memória encoberta buscada; segue motivado quanto ao curso de hospitalização; Realizado escuta & psicoterapia de grupo.
04/05/18	
05/05/18	
06/05/18	
07/05/18	
08/05/18	
09/05/18	
10/05/18	
11/05/18	
12/05/18	
13/05/18	
14/05/18	
15/05/18	
16/05/18	
17/05/18	
18/05/18	
19/05/18	
20/05/18	
21/05/18	
22/05/18	
23/05/18	
24/05/18	
25/05/18	
26/05/18	
27/05/18	
28/05/18	
29/05/18	
30/05/18	
31/05/18	
01/06/18	
02/06/18	
03/06/18	
04/06/18	
05/06/18	
06/06/18	
07/06/18	
08/06/18	
09/06/18	
10/06/18	
11/06/18	
12/06/18	
13/06/18	
14/06/18	
15/06/18	
16/06/18	
17/06/18	
18/06/18	
19/06/18	
20/06/18	
21/06/18	
22/06/18	
23/06/18	
24/06/18	
25/06/18	
26/06/18	
27/06/18	
28/06/18	
29/06/18	
30/06/18	
01/07/18	
02/07/18	
03/07/18	
04/07/18	
05/07/18	
06/07/18	
07/07/18	
08/07/18	
09/07/18	
10/07/18	
11/07/18	
12/07/18	
13/07/18	
14/07/18	
15/07/18	
16/07/18	
17/07/18	
18/07/18	
19/07/18	
20/07/18	
21/07/18	
22/07/18	
23/07/18	
24/07/18	
25/07/18	
26/07/18	
27/07/18	
28/07/18	
29/07/18	
30/07/18	
31/07/18	
01/08/18	
02/08/18	
03/08/18	
04/08/18	
05/08/18	
06/08/18	
07/08/18	
08/08/18	
09/08/18	
10/08/18	
11/08/18	
12/08/18	
13/08/18	
14/08/18	
15/08/18	
16/08/18	
17/08/18	
18/08/18	
19/08/18	
20/08/18	
21/08/18	
22/08/18	
23/08/18	
24/08/18	
25/08/18	
26/08/18	
27/08/18	
28/08/18	
29/08/18	
30/08/18	
31/08/18	
01/09/18	
02/09/18	
03/09/18	
04/09/18	
05/09/18	
06/09/18	
07/09/18	
08/09/18	
09/09/18	
10/09/18	
11/09/18	
12/09/18	
13/09/18	
14/09/18	
15/09/18	
16/09/18	
17/09/18	
18/09/18	
19/09/18	
20/09/18	
21/09/18	
22/09/18	
23/09/18	
24/09/18	
25/09/18	
26/09/18	
27/09/18	
28/09/18	
29/09/18	
30/09/18	
01/10/18	
02/10/18	
03/10/18	
04/10/18	
05/10/18	
06/10/18	
07/10/18	
08/10/18	
09/10/18	
10/10/18	
11/10/18	
12/10/18	
13/10/18	
14/10/18	
15/10/18	
16/10/18	
17/10/18	
18/10/18	
19/10/18	
20/10/18	
21/10/18	
22/10/18	
23/10/18	
24/10/18	
25/10/18	
26/10/18	
27/10/18	
28/10/18	
29/10/18	
30/10/18	
31/10/18	
01/11/18	
02/11/18	
03/11/18	
04/11/18	
05/11/18	
06/11/18	
07/11/18	
08/11/18	
09/11/18	
10/11/18	
11/11/18	
12/11/18	
13/11/18	
14/11/18	
15/11/18	
16/11/18	
17/11/18	
18/11/18	
19/11/18	
20/11/18	
21/11/18	
22/11/18	
23/11/18	
24/11/18	
25/11/18	
26/11/18	
27/11/18	
28/11/18	
29/11/18	
30/11/18	
31/11/18	
01/12/18	
02/12/18	
03/12/18	
04/12/18	
05/12/18	
06/12/18	
07/12/18	
08/12/18	
09/12/18	
10/12/18	
11/12/18	
12/12/18	
13/12/18	
14/12/18	
15/12/18	
16/12/18	
17/12/18	
18/12/18	
19/12/18	
20/12/18	
21/12/18	
22/12/18	
23/12/18	
24/12/18	
25/12/18	
26/12/18	
27/12/18	
28/12/18	
29/12/18	
30/12/18	
31/12/18	

GOVERNO  
DA PARAIBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fim de tratamento

Paciente José Carlos Lima

Alojamento

Leito

Convênio

Evolução Médica

Data	Prescrição Médica	Sinais	Horário	Evolução Médica
14/04/14	<p>1) Dieta P.O.S.D.A</p> <p>2) SF O<sub>2</sub> 2 l. 500 ml EV 12/12h</p> <p>3) Paracetamol 1g EV 12/12h</p> <p>4) Nefexa 1g + 8ml EV 12/12h</p> <p>5) Dipirona 1g + 8ml EV 12/12h</p> <p>6) Glicose 1x 100ml</p> <p>7) SF V + CC C</p> <p>8) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>
	<p>9) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>
	<p>10) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>
	<p>11) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>
	<p>12) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>
	<p>13) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>
	<p>14) Furosemida 40mg IV</p>	<p>Sinais</p> <p>20</p>	<p>Horário</p> <p>12:00</p>	<p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Paracetamol AC: 12:00h</p> <p>Nefexa 0.9 + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dipirona 1g + 8ml EV 12:00h</p> <p>Dieta P.O.S.D.A</p> <p>Exame físico: 12:00h</p> <p>Exame físico: 12:00h</p>

Dr. Fernando P. Cirurgião e Traumatólogo  
CRM 13.442

Dr. Fernando P. Cirurgião e Traumatólogo  
CRM 13.442



GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

# Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

10/08

Trat. de emergência

Paciente: Socor Colisão com uma Suca Alojamento Leito 2-4 Convênio

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica	
13.05.18	01	Dueta Litavina / Morsa a Quatro Anos	08:00	08:30	16:00	Paciente submetido a emergência de redução e fixação de fratura de fêmur direito e redução de fratura de ulna esquerda. (16:00)
	02	500 mg. Penicilina IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	03	Fluotina 10mg IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	04	Dueta 14 (C.A. 140) IV 6/6hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	05	Dueta 200 mg IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
14.05.18	01	500 mg. Penicilina IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	02	Fluotina 10mg IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	03	Dueta 14 (C.A. 140) IV 6/6hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	04	Dueta 200 mg IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	05	500 mg. Penicilina IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
15.05.18	01	500 mg. Penicilina IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	02	Fluotina 10mg IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	03	Dueta 14 (C.A. 140) IV 6/6hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	04	Dueta 200 mg IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.
	05	500 mg. Penicilina IV 12/12hs	08:00	08:30	16:00	Receita de medicamentos de emergência.

Dr. Fernando  
Dentista

Dr. Redinaldo Fortes  
Cirurgião Dentista  
CRM-PA-5194

Dr. Redinaldo Fortes  
Cirurgião Dentista  
CRM-PA-5194







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Diagnóstico

Sinal de alarme é

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Dr. Dr.

Paciente

Dr. Guedes Lima Silva

Alojamento

Marcelino

Leito

2-4

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

10/11/18

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Dr. Dr.

10/11/18

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

Dr. Guedes Lima Silva

Dr. Dr.

Paciente com dor no abdômen, náuseas, vômitos, febre, diarreia, desidratado, em uso de analgésicos, antieméticos e antibióticos.

050

*Synthlipsis*

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
José Antônio Lima Silva	Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	2-4	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06/05/11	O.Dita Lm O. Vítima do acidente O. Exatidão afim de EV 666666 - M. O. SSV + CC 666	Ux	# 1987 Paciente não apresenta mais interesse em continuar tratamento, deseja abandonar o tratamento e voltar para casa.
	Msc. Ricardo B. Silva Residência com Glicemia e Colesterol no sangue elevado CRIOPE 6661		C. grande probabilidade de morte por insuficiência renal Também Cerebral





GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Qual. de intern. (e)  
0°

Paciente Clayton Lima Silva Alojamento Mulheres Leito 24 Convênio

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
01/08/2011					21:00
02/08/2011					21:00
03/08/2011					21:00
04/08/2011					21:00
05/08/2011					21:00
06/08/2011					21:00
07/08/2011					21:00
08/08/2011					21:00
09/08/2011					21:00
10/08/2011					21:00
11/08/2011					21:00
12/08/2011					21:00
13/08/2011					21:00
14/08/2011					21:00
15/08/2011					21:00
16/08/2011					21:00
17/08/2011					21:00
18/08/2011					21:00
19/08/2011					21:00
20/08/2011					21:00
21/08/2011					21:00
22/08/2011					21:00
23/08/2011					21:00
24/08/2011					21:00
25/08/2011					21:00
26/08/2011					21:00
27/08/2011					21:00
28/08/2011					21:00
29/08/2011					21:00
30/08/2011					21:00
31/08/2011					21:00











GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: José Edilson Lima Silva

DN: 12.01.1982

PRONT. Nº:

1671555

NATURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ADMISSÃO: 29.09.2018

ALTA: 16.05.2019

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
FRATURA CÉCERA EM FACE

2. Resultado dos principais exames

FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

3. Evolução e complicações

N/D

4. Terapêutica realizada

- ① MEDICAÇÃO
- ② REDUÇÃO DA FRATURA
- ③ FIXAÇÃO DA FRATURA COM 2 PLACAS 1,5 + 2 PARAFUSOS

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

① MESMO

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

- ① REPOUSO ABSOLUTO
- ② REMOÇÃO DA SUTURA APÓS 07 DIAS
- ③ MEDICAÇÃO 10
- ④ CUIDADOS
- ⑤ RETORNO PROGRAMADO EM 10 DIAS

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

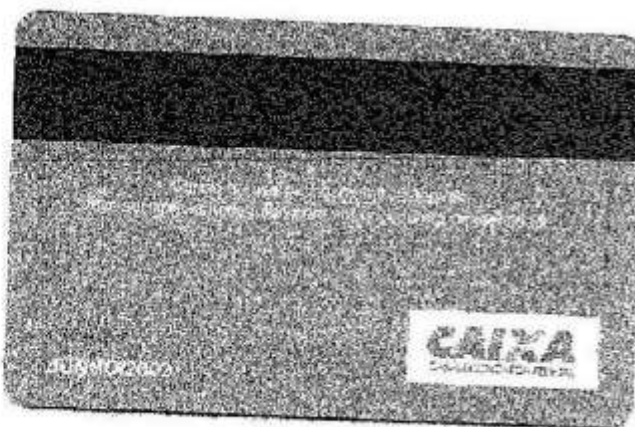
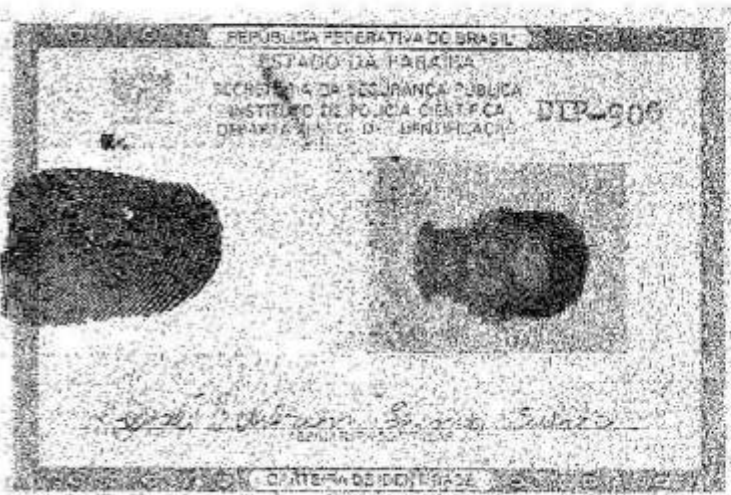
☒ Melhorado

☐ Inalterado

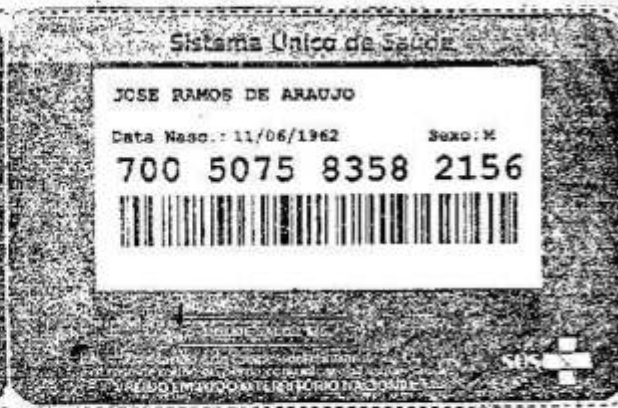
☐ Transferido para:

Reginaldo Fernandes  
Cirurgião Dentista  
CRM 5194









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR  
SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOME: JOSE RAMOS DE ARAUJO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: 718406 SSF PB

CPF: 408.289.644-91 DATA NASCIMENTO: 11/06/1962

FILIAÇÃO: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO  
IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

RESIDÊNCIA: [ ] RUA [ ] Nº [ ] CEP: [ ]

VALOR: 01/09/1990

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1497902643

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1497902643

CAMPINA GRANDE, PB 08/08/2017

PARAIBA

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

TÍTULO ELEITORAL

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1962

CPF: 408.289.644-91

DATA DE EMISSÃO: 07/09/2015

CAMPINA GRANDE, PB

DATA EXP: 23/08/2013

IDENTIDADE Nº 01961

DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS: ☒ SIM ☐ NÃO

VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
TÉCNICO EM RADIOLOGIA CETER Nº 021517

NOME: JOSE RAMOS DE ARAUJO

FILIAÇÃO: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO  
IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

DATA NASC.: 11/06/1962

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CART. IDENT. Nº: 71.8406

HABILITAÇÃO: RADIOLOGIA

Fortaleza de Araújo Silva

DIRETOR PRINCIPAL



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**CONTRAN** **DETRAN**

DETTRAN - PB Nº 011545378023  
90618124051

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
PIR 20150100055461-5

1 0105076734-6 00/00000000

EVANDRO BORBOREMA DE LIMA  
RUA PROSPERDA 548  
CENTRO  
58123000 BOA VISTA - PB

96401109491 QFJ5835/PB

CHAM NOTE C. GRANDE MOTORES LTDA

NOVO PB 9C2KC1650FR206171

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015 2015

2 0/149 /CI PARTIC VERMELHA

A.E. ADM DE CONC NATION HONDA LTDA

N.Motor : KC16B5F206171 0

BOA VISTA - PB 29/05/2015 33553

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PB Nº 011545378023  
CERTIFICADO DE REGISTRO E ANCIAMENTO DE VEÍCULO  
PIR 20150100055461-5

VIA 1 0105076734-6 00/00000000 2015

EVANDRO BORBOREMA DE LIMA

96401109491 QFJ5835/PB

NOVO PB 9C2KC1650FR206171

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015 2015

2 0/149 /CI PARTIC VERMELHA

1 PVZ PAGO EM 28/05/2015

PREMIO TARIFARIO R\$ 0 PARCELAMENTO/COBAS 28/05/2015

PREMIO TOTAL R\$ 0 DATA DE PAGAMENTO: 28/05/2015

A.E. ADM DE CONC NATION HONDA LTDA

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PB Nº 011545378023

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

96401109491 QFJ5835/PB

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodetrans.pb.gov.br](http://www.dpvatsegurodetrans.pb.gov.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 29/05/2015

1 96401109491 QFJ5835/PB

01050767346 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2015 9C2KC1650FR206171

PREMIO TARIFARIO

R\$ 0 SABEMI SEGURODORA S/A

CUSTO DO BILHETE R\$ 0 SEGURO PAGO

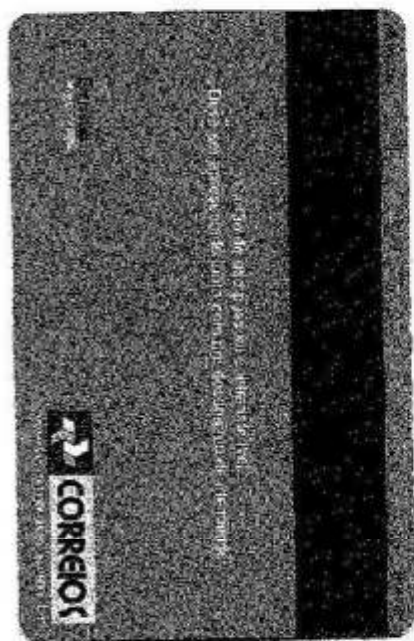
27 SET 2018 20/05/2015

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORA S/A  
 27 SET 2018  
 RECEBIDO

Q TITULO NACIONAL 17/12/2014  
 DATA DE  
 17/12/2014  
 -2 VIA RECUPADO  
 IS  
 EVANDRO BORBOREMA DE LIMA  
 CIDAO ANTONIO BATISTA DE LIMA  
 ANA BORBOREMA FARIAS DE LIMA  
 DATA DE NASCIMENTO 07/03/1973  
 URBEM DE CAMPINA GRANDE-PB  
 CIDADE  
 NASC N. 5685 FLS. 29 V. LIV 16  
 ANTONIO BOA VISTA-PB  
 164.011.094-91  
 LEI Nº 7.116 DE 2006



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 CATEGORIA DE IDENTIFICAÇÃO  
 Evandro Borborema de Lima  
 V-02  
 P-904







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171

**Cidade:** Cabaceiras

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA

**Data do acidente:** 29/04/2018

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Paula Dias Carneiro

**CRM:** 52730980

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

**Descrição do exame médico pericial:** PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCÍLIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDÍBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.

**Resultados terapêuticos:** EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTES NA FACE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 15/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 5523

**UF do CRM do médico:** PB

## 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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

**Descrição do exame médico pericial:** PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.

**Resultados terapêuticos:** EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTES NA FACE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 15/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 5523

**UF do CRM do médico:** PB

## 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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171 **Cidade:** Cabaceiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

**Descrição do exame médico pericial:** PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.

**Resultados terapêuticos:** EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTES NA FACE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 15/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 5523

**UF do CRM do médico:** PB

## 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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VITIMA

Nome José Edilson Lima Silva  
Nacionalidade brasileira Est. Civil União Estável  
Identidade 2.532.822 CPF 045.115.374-02  
Endereço Sítio Espinheira Nº SIN  
Bairro Zona Rural Cidade Boa Vista Est. Paraná

### PROCURADOR:

Nome : José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: Divorciado

Identidade : 718.406 SSP-PB CPF : 408.289.644-91

Endereço : Rua Vital Francisco da Silva Nº 63 1º andar Centro Queimadas - PB

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da Vitima: José Edilson Lima Silva

27 de Agosto de 2018

Loca e Data

José Edilson Lima Silva

Assinatura do Beneficiário/Vitima

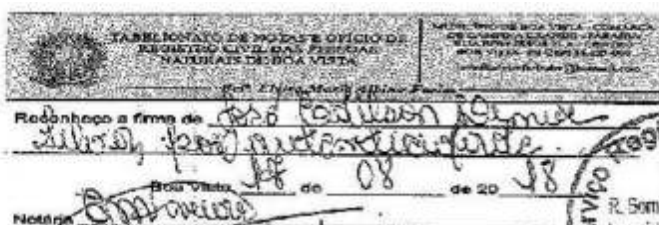
(reconhecer firma por autenticidade)



SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356421/18

**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA

**CPF:** 045.115.374-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE EDILSON LIMA SILVA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## 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  
DUT  
Outros

### JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

### JOSE EDILSON LIMA SILVA : 045.115.374-02

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](http://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: 27/09/2018  
Nome: JOSE EDILSON LIMA SILVA  
CPF: 045.115.374-02

JOSE EDILSON LIMA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO