

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180057949

Vitima: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 26/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180057949**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12348203



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Sinistro: 3180057949
Vítima: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA
Data do Acidente: 26/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

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 3180057949** 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** 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, 06 de Março de 2018

Carta nº: 12470419

A/C: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180057949
Vítima: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA
Data do Acidente: 26/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000005892-0

Conta: 000010017416-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do 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 (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

137.027.034-89

Nome completo da vítima

Jose Genivanio da Silva Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Jose Genivanio da Silva Lima</u>		CPF titular da conta <u>137.027.034-89</u>	Profissão <u>Vigilante</u>
Endereço <u>Rua Fábio de Sousa Oliveira</u>		Número <u>399</u>	Complemento
Bairro <u>Marujim</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58434-650</u>
Email <u>stcadvocacia@hotmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>(33) 98852-3030</u>	

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)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRD

5892

DV

0

CONTA
NRD

17416

DV

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRD

DV

(Informar dígito se existir)

SABEMI SEGURADORA S/A

NRD

AGÊNCIA

NRD

DV

(Informar dígito se existir)

25 JAN 2018

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.

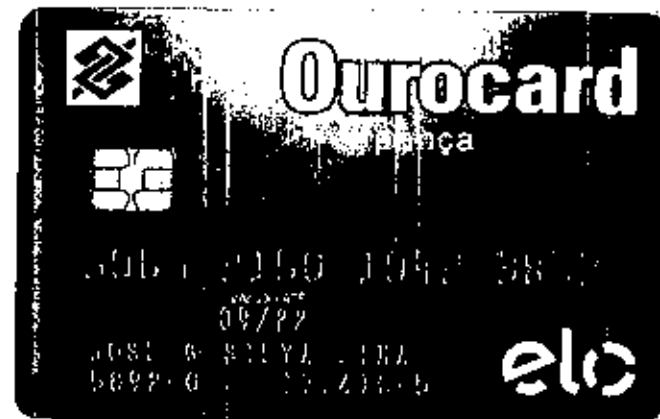
Campina Grande, 28 de Dezembro de 2017

Local e Data

Jose Genivanio da Silva Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JAN 2018
RECEBIDO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00421.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 26/08/2017

Hora: 10:35:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Manoel do Ó, Cruzeiro, Campina Grande, PB.



PARTE(S)

VITIMA	Nome: José Genivanio da Silva Lima
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Cicera Maria da Silva e Genivan Silva de Lima
	Idade: 19 Data de Nascimento: 04/07/1998 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Inhapí
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Atonomo
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 137.027.034-89
TESTEMUNHA	Endereço: Rua Fabio de Sousa Oliveira, 399, Malvinas, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (82) 98114-8299
	Nome: Suderno Santos Oliveira
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Elizete dos Santos e Cicero Alcantara Oliveira
	Idade: 29 Data de Nascimento: 10/03/1988 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Desempregado
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 016.521.134-28
	Endereço: Sítio Caracol, [Indeterminado], Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: Não informado





TESTEMUNHA

Nome: José Adriano Silva do Nascimento
Conhecido por: Não informado
Filiação: Zélia Ferreira da Silva e Aloísio Galdino do Nascimento
Idade: 22 Data de Nascimento: 23/03/1995 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Autônomo
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 119.315.944-06
Endereço: Rua Manoel Aires de Queiroz, 119, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98617-7536

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 125 TITAN ES, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2004, placa HBK-6443, chassi 9C2JC30204R022180, renavam 00819960845

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 125 TITAN ES, Ano/Modelo 2003/2004, cor preta, Placa HBK-6443-SP, Chassi de Nº 9C2JC30204R022180, licenciada em nome de José Lidriano da Silva, quando trafegava na rua Manoel do Ó, bairro do Cruzeiro, momento em que colidiu contra um caminhão de sinais e condutor não identificado, que estava parado na via, sem que o comunicante tivesse visto antes, quando dobrou na curva saiu em cima e colidiu na traseira do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrido fratura do 4º dedo da mão direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirmo a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 20 de dezembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

José Genivanio da Silva Lima
JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Noticiante

Ademir da Costa Vilar
ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

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 Genivaldo da Silva Lima

CPF da Vítima

137.027.034-89

Data do Acidente

26/08/2017

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.

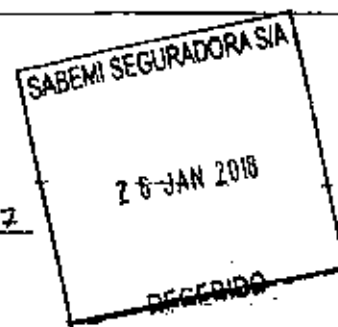
C. Grande 28 de Dezembro de 2017

Local e Data

Jose Genivaldo da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000010017416-7

Nr. da Autenticação 6E75856C0A93BAA8

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.554/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
68859619
REFERÊNCIA
AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE DE ANCHIETA ROCHA JU
RUA FABIO DE SOUSA OLIVEIRA 399

MALVINAS

58434- 850

CAMPINA GRANDE



Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
018-03-100-0200	0	1	0	0	0	20110571
Hidrometro	Data de instalação		Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y05X308522	20/04/2007		4	LIGADO	LIGADO	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUN. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
857	858	1	29	17/09/2017
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
FEV/2017	6	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
MAR/2017	10	0	COL.TOTAIS	178 136 136
ABR/2017	6	0	TURBIDEZ	178 136 133
MAI/2017	4	0	COL.TERMOT	0 0 0
JUN/2017	6	0	COR	55 136 122
JUL/2017	6	42	CLORO	178 136 137
MEDIA(N)	6		DADOS REFERENTES A: JUN/2017	

DATA DA LEITURA: 18/08/2017 HORA DA LEITURA: 08:18:45

DESCRICAO CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 36,84 29,47 R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,33 PIS E COFINS: LEI 12.742/12

VENCIMENTO:

Total a Pagar:

01/09/2017

R\$66,31

y-16-12-R-1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

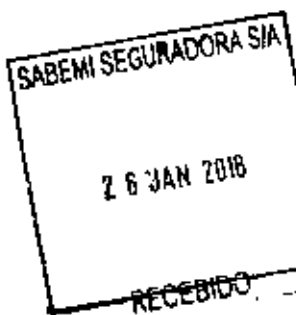
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68859619	AGO/2017	01/09/2017	R\$66,31

3267000000-1 06310010826-0 86596190630-3 17000000002-7



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.554/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68859619

REFERÊNCIA

AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE DE ANCHIETA ROCHA JU
RUA FABIO DE SOUSA OLIVEIRA 399

MALVINAS

58434- 850

CAMPINA GRANDE



Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
018-03-100-0200	0	1	0	0	0	20110571
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X308522	20/04/2007	4	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
857	858	1	29	17/09/2017		
HIST. DE CONS./AMOR. LEIT.		QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
FEV/2017	6	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2017	10	0	COL.TOTAIS	178	136	136
ABR/2017	6	0	TURBIDEZ	178	136	133
MAI/2017	4	0	COL.TERMOT	0	0	0
JUN/2017	6	0	COR	55	136	122
JUL/2017	6	42	CLORO	178	136	137
MEDIA(N)	6		DADOS REFERENTES A: JUN/2017			

DATA DA LEITURA: 18/08/2017 HORA DA LEITURA: 08:18:45
 DESCRIÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
 RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m 10 36,84 29,47 R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6,33 PIS E COFINS: LEI 12.742/12

Total a Pagar:

VENCIMENTO:

R\$66,31

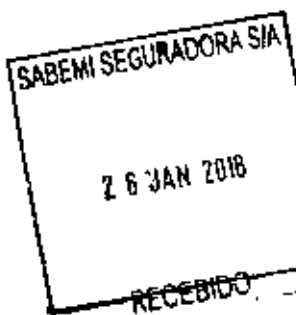
01/09/2017

y-16-12-R-1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
 POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
 WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
68859619	AGO/2017	01/09/2017	R\$66,31

3267000000-1 06310010826-0 86596190630-3 17000000002-7





SANTANDER FREE

Nº DO CARTÃO 5447 XXXX XXXX 9003 | MASTERCARD

2/4

Limite Total de Crédito	R\$ 6.910,00
Limite para saque à vista**	R\$ 0,00
Limite disponível em 20/12/2017	R\$ 1.832,20

**A utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão.

Parcela para pagamento 12 X R\$ 447,59	Pagamento Mínimo R\$ 493,45	Total desta fatura R\$ 3.289,68
---	--------------------------------	------------------------------------

Se você pagar qualquer valor entre o Pagamento Mínimo e o Total da Fatura, esta diferença será financiada pelo próximo período com os juros do Crédito Rotativo e IOF.

Vencimento
05/01/2018

Parcelas a vencer	Próxima fatura	Total a Vencer*
Compras Parceladas	R\$ 1.266,53	R\$ 1.788,12
TOTAL	R\$ 1.266,53	R\$ 1.788,12

*Somatória de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão na próxima fatura (demonstradas acima).

Conveniência

Parcela o total desta fatura em:

24 X	344,52	18 X	374,62	15 X	402,44	11 X	468,98
08 X	568,88	06 X	695,16	04 X	952,81		

PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:

Faça um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor da parcela já inclui IOF e taxa de juros. Cartões em atraso devem consultar a Central de Atendimento Santander antes da contratação.

Período de Acúmulo de Pontos de 01/11/2017 a 30/11/2017

Estas são informações consolidadas de todos os seus cartões que participam do Pontos Esfera.

Saldo de Pontos Anterior:	8.125
(+) Pontos Acumulados por Transações	933
(-) Pontos cancelados/ expirados	102
(=) Pontos Disponíveis:	8.957
Pontos a expirar em 31/12/2017	89
Pontos a expirar em 31/01/2018	51

Para mais informações e consultar o saldo atualizado, acesse www.santanderesfera.com.br ou ligue para a Central de Atendimento Santander.

Juros (ao mês) para o próximo período

Parcelamento automático	9,99%
Crédito Rotativo	10,19%
Saques	18,89%
Compras Parceladas com juros	2,49%
Parcelamento de Fatura	9,99%
Total Parcelado	9,99%

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros mais impostos a ser pago na próxima fatura será de: R\$ 312,17.

Pontos Esfera

Importante

SEU CONTRATO DE CARTÃO DE CRÉDITO FOI ATUALIZADO EM 27/11/2017, COM A INCLUSÃO DO NOVO CARTÃO DE CRÉDITO SMILES SANTANDER. CONSULTE EM WWW.SANTANDER.COM.BR/CARTOES LEMBRE-SE QUE AO FAZER UM SAQUE NA FUNÇÃO CRÉDITO NO EXTERIOR HAVERÁ COBRANÇA DE IOF.

Data de fechamento desta fatura	20/12/2017
Previsão de fechamento da próxima fatura	23/01/2018

		Prefixo 033-7	03399.49281 36981.735404.40483 201022 5 0000000000000						
Nome do Pagador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - CPF/CNPJ: 011.686.784-08 R. MADLEON PEREIRA FARIAS 39 - BODOCONGO CEP 58430-335 CAMPINA GRANDE - PB									
Nosso Número B173540404832		Número do Documento 418266000219610		Data de Vencimento 05/01/2018		Valor do Documento R\$ 3.289,68		Valor pago R\$	
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011									
Agência / Código - Beneficiária 050-04 92836 9				Autenticação Mecânica					
		033-7	03399.49281 36981.735404.40483 201022 5 0000000000000						
Agência Receptora Pagável preferencialmente no banco Santander								Vencimento 05/01/2018	
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011								Agência/Cód. Beneficiária 050-04 92836 9	
Data Documento 20/12/2017		Número do Documento 418266000219610		Espécie FF-CL		Arquivo n		Data Process 20/12/2017	
Nosso Número B173540404832		Espécie R\$		Quantidade		Valor		Valor do documento	
Instruções: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APÓS 25/01/2018, PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO SANTANDER.								418266000219610	
								Total desta fatura R\$ 3.289,68	
								Pagamento Mínimo R\$ 493,45	
								Valor Pago R\$	
								RECIBO DO CLIENTE	
								Autenticação no verso	
								Pagador	
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES R. MADLEON PEREIRA FARIAS 39 BODOCONGO 58430-335 CAMPINA GRANDE - PB									

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JAN 2018

RECEBIDO

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wagner Luiz Ribeiro Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 011 086.784/08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Benivânia de Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.027.034/89, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima José Benivânia de Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.027.034/89, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

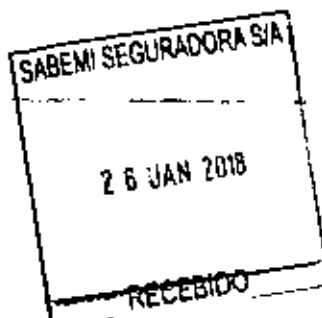
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Milton Pereira Farias</u>		Número <u>39</u>	Complemento
Bairro <u>Bodocongó</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58430-335</u>
Email <u>stcedu@uol.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 98852-3030</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99325-6295</u>

C. Grande, 28 de Dezembro de 2017
Local e Data

Wagner Luiz Ribeiro Sales
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Jose Lidoriano da Silva

RG nº 562-962669, data de expedição 07/02/05,

Órgão SP, portador do CPF nº 114.963.034-58, com

domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Fabrica de Sinos Velozes, nº 399,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima José Genivaldo da Silva Lima, cujo o condutor era

José Genivaldo da Silva Lima.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 TITAN ES

Ano: 2003/2004

Placa: HBK 6443

Chassi: 9C2JC30204R022780

Data do Acidente: 26/08/2017

Local e Data: Campina Grande

Jose Lidoriano da Silva
Assinatura do Declarante

JOSÉ GENIVALDO DA SILVA LIMA

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

9º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARAIBA
Rua Odebrecht Pereira, 21 | Centro | CEP: 56.400-102 | Campina Grande - PB
Fone: (31) 3342-4112 | E-mail: cartorio@tribunalpb.org.br | www.tribunalpb.org.br | www.tribunalpb.org.br | www.tribunalpb.org.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JOSE LIDORIANO DA SILVA
Em test. da verdade, Campina Grande - PB 15/09/2017 15:46:24
Leane Mota Amorim - Escrevente Autorizada
[2017-010580] EMOA:R\$ 49,23 FAFPEM:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,85 ISS:R\$ 0,27
SELO DIGITAL: AFR52584-DASS
Confira a autenticidade em <https://revalida.trf3.jus.br>

Leane Mota Amorim
ESCRIVENTE
9º OFÍCIO DE NOTAS



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1493552 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/08/2017

Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

PACIENTE: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA CEP:58400002 Nascimento:04/07/1998

Endereço:FABIO DE SOUZA Sexo:M Telefone: 981143299

Cidade: Campina Grande Idade:019 Bairro:MALVINAS

Nome da Mãe: CICERA MARIA DA SILVA RG: 41182200 Nº:399

Responsável: CPF: Profissão:AUTONOMO

Estado Civil:Solteiro(a) Data de Atend:26/08/2017 CNS:705403483181395

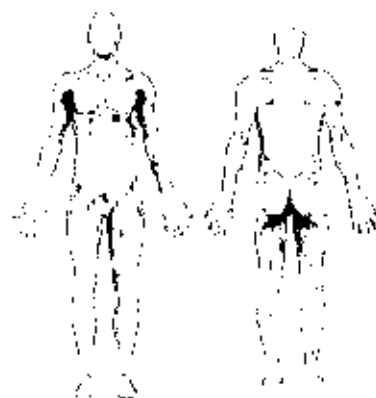
Motivo: ACIDENTE DE MOTO CONVÊNIO:SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de contusão Venosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dcr | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Eritema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Estomagemento | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Otite |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Contusão | 34. Rinite |
| 17. F. Fureta-contusão | 35. Sinais de loquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

Trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

VITIMA DE COLISÃO MOTO - CARINHO ALCOOLIZADO
TRAZIDO PELO SANG COM IMOBILIZAÇÃO INDIVIDUAL COM
UNHA DE DOR EM 4º DEDO DA MÃO (D)

ALERGIA:

NEGA

MEDICAMENTOS:

NEGA

PATOLOGIAS:

ASMA

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

(A) VIAS AERIAS PERFEITAS, COLUMNA CERVICAL ESTÁVEL

(B) MV. AUT. SIRA

(C) ESCALA DE AVERT. MEMÓRIA NOME E LOCAL ESTÁVEL

(D) ECG 15 DURAIS FOTOREAGENTES ISOCÓRICAS

(E) ESCALA DE AVERT. MEMÓRIA NOME E LOCAL ESTÁVEL

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedista Dia / /

Especialista: Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Dinamômetro	
2	Exatidão	
3	Força	
4	Força	
5		
6	Alto Choque Geral	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Carlos Antônio A. de O. Filho
CRM: 90711

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- ☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Decisão Médica
☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

26/08/2017

HTCC-Pront Administrativo

2ª Via

Cirurgião

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1493600 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/08/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: JOSE GENIVANIO DA

CEP: 58400002

Nascimento: 04/07/1998

SILVA LIMA

Endereço: FÁBIO DE SOUZA

Sexo: M

Telefone: 981143299

Cidade: Campina Grande

Idade: 019

Bairro: MALVINAS

Nome da Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA

RG: 41182200

Nº: 399

Responsável:

CPF:

Profissão: AUTONOMO

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 26/08/2017

CNS: 705403483181395

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 12:18:53

CONVÊNIO: SUS

Médico:

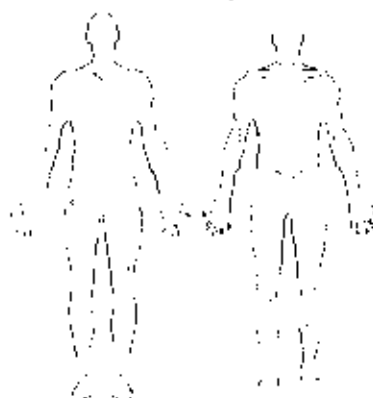
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avaliação | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria hemodinâmica |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalramento | 26. Mordedura |
| 9. Enflamação e escarificação | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Emagrecimento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágica |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Púrculo |
| 14. F. Corticada | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às _____ Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

RECEBIDO
26 JAN 2018
SABEMI SEGUROADORA S/A

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A reavida
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

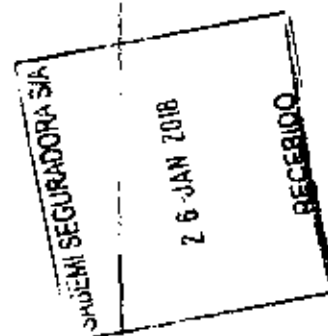
SERVICIOS REALIZADOS:

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



Ficha de Acolhimento

Soma

Nome: <u>João Genivaldo da Silva Lima</u>	
End: <u>Flores de Souza - 399</u>	Bairro: <u>Kalina</u>
Data de Nascimento: <u>07.09.95</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>Ac. hto.</u>	Data do Atend.: <u>26.09.18</u> Hora: <u>11.05</u> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: <u>140/100</u>	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

MOD. 110

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
- ☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
- ☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

RECEBIDO
26 JAN 2018
SEMI SEGRADORA SIA

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
17/11/2014
ASS. Bommas.



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <u>José Beneditino de Sousa</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>26/01/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Carlos</u>		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <u>Local</u>	Tipo de Anestesia <u>Local</u>		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>Fratura exposta 4º L1</u>			
Tipo de Operação			
<u>Fixação cirúrgica de FX exposta de 4º L1</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			SABEMI SEGURADORA S/A
			26 JAN 2018
			RECEBIDO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<u>Paciente em DDA sob anestesia</u>
<u>Aspirar e autotransfusão + sangue</u>
<u>Trussão dorsal - trussões (4º = 6º DD)</u>
<u>de costelas e SI</u>
<u>Redução + fixação manual de 4º L1</u>
<u>Sutura</u>
<u>Carlos</u>
Dr. Carlos Cândido Filho CRM 10.000 - RBO 10.000 RBO 10.000 - CRM 10.000

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
JOSE GENIVÂNIO DA SILVA LIMA D.V. 04.07.1998					
QI	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		Sus	39 anos	1493552	
CIRURGIA T.T.O. - Cirurgico, + matina			CIRURGIÃO Dr. Carlos Cândido		
ex porta em dedo da mão direita e fixação			ANESTESIA Dr. Osmarino		
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
Carlos		26.07.17	15h.30'	16h.05'	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS
			Catet. p/ Oxo		Catgut cromado Serlix
			Catet. De Uíñar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix
			Compressa Grande		Catgut cromado Serlix
			Compressa Pequena		Catgut Simples
			Cotonóide		Catgut Simples Serlix
			Dreno		Catgut Simples Serlix
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix
			Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
			Dreno Pozzer nº		Ethibond
			Equipo de Macroglas		Ethibond
			Equipo de Macroglas		Ethibond
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
			Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak
			Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
			H ₂ O, ml	01	Mononylon 1
			Intracath Adulto		Mononylon
			Intracath Infantil		Prolene Serlix
			Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix
			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix
			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix
			Luvas 7.4 Paoc		Vicryl Serlix
			Luvas 7.5		Vicryl Serlix
			Luvas 8.0		Vicryl Serlix
			Luvas 8.5	01	Fio de Kirschner 1.5
			Oxigênio l/m P/min		
			Potiflix		
			PVPI Degemante ml		
			PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
			Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml
			Saco coletor lixo/roupa		SG Gelado fr 500 ml
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
			Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml
			Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml P/ limpeza
			Sonda		
			Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Nasogálica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		
			Tornetrinha		
			Vaselina ml		
			Getcon 18		
			Latege		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			EQUIPAMENTOS	
				(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
				() Seta	() Eletrocautério
				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
				(X) Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
05	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
05	Ataduras de Crepon 15cm				
02	Ataduras de Gessada 10cm				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Marta José G. Blondino
 Ter. 1000 Imagem
 C/260 N. PB 250711

[illegible]

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JAN 2016

RECEBIDO

[Handwritten signature]

1000
1200

20
20
20

1000 15 OT

X — X

OT
OT

pixo/panda

OT 2 517/panda

OT

OT

pixo/panda

OT 2 1000 de pixo/panda

OT

— 1000

OT

OT 100

OT

OT

OT



OT

Corpo

OT 1000

1200 30

700 02

Corpo: pixo/panda 1000 1000

1000 1000 1000 1000 1000 1000

1000 1000 1000 1000 1000 1000

Diagnóstico

Fratura exposta 4º dedo
da mão direita.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

90

Paciente José Benirvanio de S. Lima Alojamento Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/08/17	<p>(1) Dieta Oral Livre</p> <p>(2) SFO EV 1.000ml EV em 24hs.</p> <p>(3) Ceftriaxona 1g EV 12/12hs.</p> <p>(4) Diltiazem 60mg + AN EV 6/6hs.</p> <p>(5) Tilidil 40mg OVA EV 12/12hs.</p> <p>(6) Dexamet 4mg OVA EV 1x/dia</p> <p>(7) SSV + CC GG</p> <p>(8) RAT S. B. VI - IM</p>	<p>5ND</p> <p>1º 2º</p> <p>8 01</p> <p>13 01 07</p> <p>13 01</p> <p>06</p> <p>08</p> <p>14</p>	<p>Paciente vítima de queda de moto com trauma na mão direita com fratura de 4º dedo e ferimento no escudo - ferimento no 4º dedo.</p> <p>CD - hemiparado + fratura peritúbera.</p> <p>- Internado Hospital</p> <p>- Rente - y controle.</p>

Dr. José Roberto Gomes
Otorrinolaringologista
CRM 5312 - RJ

RECEBIDO
26 JAN 2018
SECRETARIA DE SAÚDE

Dr. José Roberto Gomes
Otorrinolaringologista
CRM 5312 - RJ

Diagnóstico

PLATON EXPOSITA
2 = 000

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	José Gonçalves de Figueiredo	Alojamento		Leito	9-1	Convênio	
----------	------------------------------	------------	--	-------	-----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/08/18	<p>Dieta lim</p> <p>Acetaminofeno 1g + 100ml CV 6/6h</p> <p>Dipirona 1000mg + 100ml CV 6/6h</p> <p>Paracetamol 400mg + 100ml 3x 12/12h</p> <p>Plavix 75mg + 100ml CV 8/8h (SU)</p> <p>SSN + CCB6</p>	<p>18 24 30</p> <p>18 24 30</p> <p>18 30</p>	<p># 027022214</p> <p>Pat submido 3</p> <p>1to cirurgia 21</p> <p>At aposta 1 4h de</p> <p>St into cominu</p> <p>Dr. Carlos C. da Silva ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA DO JOELHO CRM: 101515 - RCD 101515 CPF: 025.111.111-11</p>
27/08	<p>Delta hospitalar v/ enfases +</p> <p>retorno ambulatorial</p> <p>functoterep</p> <p>At 1000 4x 4s</p> <p>ATB + Amis</p> <p>CRM: 101515 - RCD 101515 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM: 101515</p>	<p>18 24 30</p> <p>18 24 30</p> <p>18 30</p>	<p># 027022214</p> <p>Pat submido 3</p> <p>1to cirurgia 21</p> <p>At aposta 1 4h de</p> <p>St into cominu</p>



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

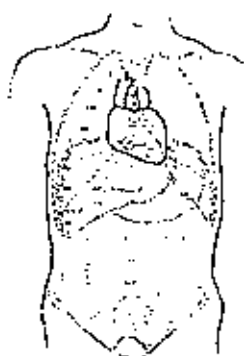
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: José Genivaldo da Silva Lima Idade: 19 anos

Exame: USF FAST Data: 26/08/17

Médico solicitante: José Neto Sexo: MAR.

RELATÓRIO



FÍGADO: ☒ Normal ☐ Alterado

VES. BILIAR: ☒ Normal ☐ Alterado

VIAS BILIARES: ☒ Normal ☐ Alterado

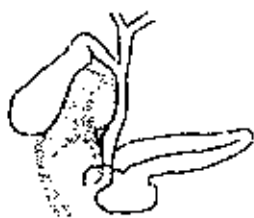
PÂNCREAS: ☒ Normal ☐ Alterado

BAÇO: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM DIR.: ☒ Normal ☐ Alterado

RIM ESQ.: ☒ Normal ☐ Alterado

BEXIGA: ☒ Normal ☐ Alterado



Outras observações:

*Ausência de líquido livre,
no abdô do exame.*

CONCLUSÃO

Dr. José Neto - PS

Campina Grande, ____/____/20__

Assinatura e Carimbo do Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Jose Guirauze

Coatmo

Ex. dedo

MOD. 0111

Dr. José R. G. G. G.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 6.214.37

Data

Médico





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Receituário Simples

P/ José Genivaldo de S. Lima

Usa 100

2


① SAT 5000v3 ——— 01 KA

Aplicar use 100

MOD. 001

26, 08, 17

Data


Médico





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

303.500-0 23/02/2016

JOSÉ GENIVÂNIO DA SILVA LIMA

GENIVAN SILVA LIMA
CICERA MARTA DA SILVA

INHAPI - AL 04/07/1998

CERTIDÃO MASC 74511 FLS 86-V LIV A-50
MATA GRANDE-AL

1 VTA MARIA MADALENA CARDOSO DA SILVA P 6

LEI Nº 7.116 DE 2006/013

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
137.027.034-89

Nome
JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA

Nascimento
04/07/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polgar Direito

Jose genivanio da Silva Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 QUANTIDADE DE AUTUACAO

PROF.
 WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

PROFESSOR
 JOZIL LUIZ SALES
 MARIA JOSE RIBEIRO SALES
 PATRICIA
 RAFAELA GRANDE-DB

PROF.
 SARAIVA - ESPINHO
 WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES
 RAO

DATA DE RECEPCAO
 26/11/1968

011.080.764-00

EXPLICAÇÃO DA
 13/03/2015

Prof. Wagner Luiz Ribeiro Sales
 COORDENADOR GERAL DO CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA



WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

USO DEBILITADO
 EXIBIR PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (VÁLIDA EM TODAS AS PARTES)

TEM FE PUBLICA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 13013766



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0802116443-2 Nº 013525452704

DETRAN/SP CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

00011496303458 ***** 2017

JOSE LIDRIANO DA SILVA

00011496303458 HBK6443

HBK6443/SP 9C2JC30304R022180

ESPECÍFICA: MOTOCICLO
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ES
ANO/FAB: 2003/2004
CATEGORIA: PARTICU
COR/CHASSI: PRETA

1	FAIXA ETARIAL	2	PARCELAMENTO COTAS
P			
V			
A	0028040	COD. MUN. 100-4	

DPVAT PAGO

SEM RESERVA

SHO PAULO
Maxwell Borges de Moura Vieira
Diretor-presidente do Detran/SP
11/08/2017
99999

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SP Nº 013525452704 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ESTADO: SP
2017 11/08/2017
VIA: 1
CPF/CNPJ: 00011496303458
PLACA: HBK6443
RENAVAM: 00819960845
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ES
ANO/FAB: 2003/09
CHASSI: 9C2JC30304R022180

PRÊMIO VARIÁRIO

FMS (R\$)	DETTRAN (R\$)	CUSTO DO REGISTRO (R\$)
01,29	9,03	90,33
4,13	0,70	185,50

TOTAL DO PRÊMIO: R\$ 181,15

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

AV. JACQUES COUSSEMENT, 100 - JARDIM LUIZ CARLOS - SÃO PAULO - SP

RECEBIDO
26 JAN 2018
SABEM SEGURADORA S/A

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA** Sinistro: **3180057949** Data: **26/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Fábio de Sousa Oliveira, 399 - MALVINAS - Campina Grande - PB - CEP 58434-650**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SESP /AL**] **41182200**

Data local do exame: [**26/02/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DO 4 DEDO DA MÃO DIREITA. PRESENÇA DE CICATRIZ E DEFORMIDADES

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 26/08/2017, COLISÃO MOTO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI FEITO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA EXPOSTA DO 4 DEDO DA MÃO DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA E MEDICAMENTOSO. RECEBEU ALTA NO DIA 27/08/2017. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DA INTERFALANGIANA (DEFICIT 20 GRAUS).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DA INTERFALANGIANA (DEFICIT 20 GRAUS).

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela 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 (Sequela):
QUARTO DEDO MÃO DIREITA

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

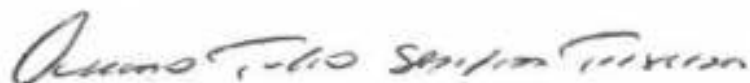
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057949 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL 4º DEDO DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/4º DEDO DA MÃO DIREITA:>10%

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057949 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GENIVANIO DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 26/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ E DEFORMIDADES.

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO NA FLEXÃO DA INTERFALANGIANA (DEFICIT 20 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 26/08/2017, COLISÃO MOTO-CARRO; SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB, ONDE FOI FEITO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA EXPOSTA DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA E MEDICAMENTOSO. RECEBEU ALTA NO DIA 27/08/2017.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.
Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.

Médico examinador: Luciano Tulio Serafim Teixeira

CRM do médico: 7872

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

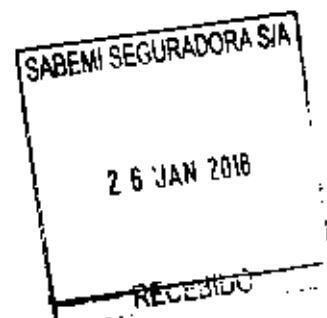
OUTORGANTE: Jose Genivânio da Silva Lima brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão vigilante, CI RG nº
4778220-0, CPF/ME nº 137027037-89 residente e domiciliado(a)
à Rua Fabiane Sousa Valente, 399, Madureza, Cidade de
Campina Grande, Estado Paraíba, CEP:
58434-650, telefone 98876-7734.

OUTORGADO: Wagner Luiz Ribeiro Sapos, brasileiro
casado, advogado, CNPJ/CPF 033.066784-08
sob o n.º 326958-9 SSP/PB, com endereço profissional à
Rua Maíron Pereira Farias, 39, Botoranga, na cidade de
Campina Grande, Estado do Paraíba.

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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....
JOSE GENIVÂNIO DA SILVA LIMA.....
Em testada verdade. Campina Grande-PB 15/09/2017 15:59:39
Leane Neta Amorim - Escrevente Autorizada
[2017-010590]EML:RS 29,23 FAPEN:RS 0,27 FEPI:RS 1,02
SELO DIGITAL: AFK52956-GRV1
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



C. Grande/PB, 14 de Setembro de 2017.



JOSE GENIVÂNIO DA SILVA LIMA
OUTORGANTE