
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: 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

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),

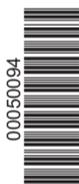
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180057949** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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 Jose Genivanio da Silva Lima		CPF titular da conta 137.027.034-89	Profissão Vigilante
Endereço Rua Fábio de Sousa Oliveira		Número 399	Complemento
Bairro Marujinas	Cidade Campina Grande	Estado Paraíba	CEP 58434-650
Email steadvocacia@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 98852-3030	

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 NRDL 5892	DV 0	CONTA NRDL 17416	DV 5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRDL
AGÊNCIA NRDL	CONTA NRDL
DV	DV
(Informar dígito se existir)	



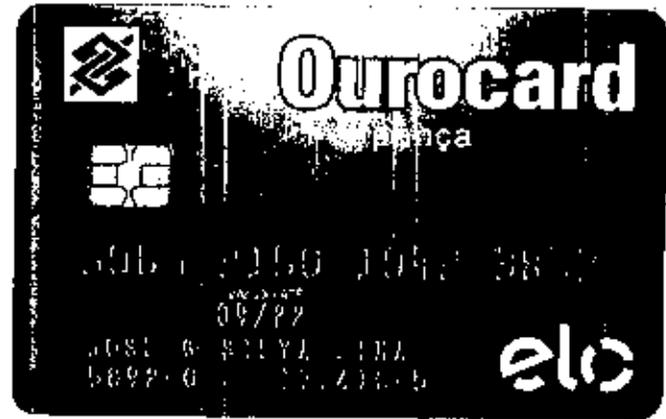
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

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.



0001

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: Inhapi
	Estado Civil: solteiro(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Atonomo
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 137.027.034-89
	Endereço: Rua Fabio de Sousa Oliveira, 399, Malvinas, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
Telefone: (82) 98114-8299	
TESTEMUNHA	Nome: Sudemo 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 Aloisio 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 N° 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
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 5º 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.

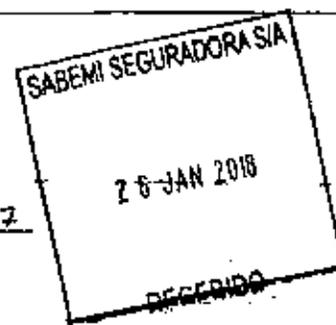
C. Grande, 28 de Dezembro de 2017

Local e Data

Jose Genivaldo da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2017

JOSE DE ANCHIETA ROCHA JU
RUA FABIO DE SOUSA OLIVEIRA 399

MALVINAS 5E434- 650

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)	NUM. 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 EKIG.	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	178 136 132
MEDIA(N)		6	DADOS REFERENTES A: JUN/2017	

DATA DA LEITURA: 18/08/2017	HORA DA LEITURA: 08:18:45			
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL. ÁGUA	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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JAN 2018
RECEBIDO



CAGEPA

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

8267000000-1 06310010026-0 86596190620-3 1700000002-7





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2017

JOSE DE ANCHIETA ROCHA JU
RUA FABIO DE SOUSA OLIVEIRA 399

MALVINAS 5E434- 650

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)	NUM. 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 EKIG.	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	178 136 132
MEDIA(N)	6		DADOS REFERENTES A: JUN/2017	

DATA DA LEITURA: 18/08/2017	HORA DA LEITURA: 08:18:45			
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL. ÁGUA	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

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

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

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JAN 2018
RECEBIDO



CAGEPA

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

8267000000-1 06310010026-0 86596190620-3 1700000002-7





SANTANDER FREE

Nº DO CARTÃO 5447 XXXX XXXX 9003 | MASTERCARD

2/4

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

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

Parcelas pagas anteriormente 12 X 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).

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	

Conveniência

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

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

		033-7	03399.49281 36981.735404.40483 201022 5 0000000000000																				
Nome do Pagador: WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES - CPF/CNPJ: 011.086.784-08 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																							
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																							
Data Documento 20/12/2017		Número do Documento 418266000219610		Espécie FF-CL		Arceite n		Data Process 20/12/2017															
Nosso Número B173540404832		Valor do Documento R\$		Quantidade		Valor		Valor do documento 418266000219610															
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.																							
<table border="1"> <tr> <td>Vencimento</td> <td>05/01/2018</td> </tr> <tr> <td>Número do Cartão</td> <td>5447 XXXX XXXX 9003</td> </tr> <tr> <td>Nosso Número</td> <td>B173540404832</td> </tr> <tr> <td>Vencimento</td> <td>05/01/2018</td> </tr> <tr> <td>Total desta fatura R\$</td> <td>3.289,68</td> </tr> <tr> <td>Pagamento Mínimo R\$</td> <td>493,45</td> </tr> <tr> <td>Valor Pago R\$</td> <td></td> </tr> </table>										Vencimento	05/01/2018	Número do Cartão	5447 XXXX XXXX 9003	Nosso Número	B173540404832	Vencimento	05/01/2018	Total desta fatura R\$	3.289,68	Pagamento Mínimo R\$	493,45	Valor Pago R\$	
Vencimento	05/01/2018																						
Número do Cartão	5447 XXXX XXXX 9003																						
Nosso Número	B173540404832																						
Vencimento	05/01/2018																						
Total desta fatura R\$	3.289,68																						
Pagamento Mínimo R\$	493,45																						
Valor Pago R\$																							
RECIBO DO CLIENTE																							
Autenticação no verso																							
Pagador																							
<p>WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES R MADLEON PEREIRA FARIAS 39 BODOCONGO 58430-335 CAMPINA GRANDE PB</p>																							

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 Invalidez 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>Paduaço</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58430-335</u>
Email <u>stedu@uol.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 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)

Fábrica de Serras Velúcia, nº 399,

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

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

vítima Jose Genivaldo da Silva Lima cujo o condutor era

Jose Genivaldo da Silva Lima.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 125 TITAN ES

Ano: 2003 / 2004

Placa: HBK 6443

Chassi: 9C2JC30204R022780

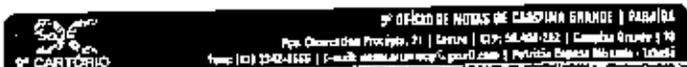
Data do Acidente: 26/08/2017

Local e Data: Campina Grande

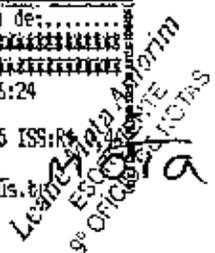
Jose Lidoriano da Silva
Assinatura do Declarante

Jose Genivaldo da Silva Lima

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



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]EMCL:R# 89,23 FAFPEM:R# 0,27 FEPJ:R# 1,85 ISS:R#
SELO DIGITAL: AFK52584-DASE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



Leane Mota Amorim



Cirurgião

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

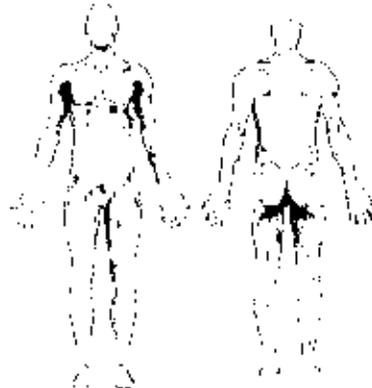
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 11:16:15 CONVÊNIO:SUS

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 membrana serosa
5. Crepitação 23. Laceração
6. Dcr 24. Lesão tendão
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Medusa
9. Emfísma subcutâneo 27. Movimento térdico paradoxal
10. Escorregamento 28. Objeto encaixado
11. Equimose 29. Otorragia
12. F. Arma branca 30. Parálisia
13. F. Arma de fogo 31. Paroxia
14. F. Corruço 32. Parestesia
15. F. Cortante 33. Qualificação
16. F. Contuso 34. Rinite
17. F. Fureta-contuso 35. Sinal de loquemia
18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Trauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

VITIMA DE COLISÃO MOTO - CARIMBÃO ALCOOLIZADO
TRAZIDO PELO SARU COM IMOBILIZAÇÃO INDIVIDUADA COM
UNHEXA DE DOR EM 4º DEDO DA MÃO

ALERGIA:

NEGA

MEDICAMENTOS:

NEGA

PATOLOGIAS:

ASMA

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: 5at02

(A) VIAS AERIAS PERIFÉRICAS, COLUNA CERVICAL ESTÁVEL

(B) MV (A)T, SIRA

(C) ESCONDIÇÕES: MEMBROS INVICAMENTE ESTÁVEIS

(D) ECG 15 PUPILAS FOTOREAGENTES ISOCÓRICAS

(E) ESCONDIÇÕES EM FACE, JOELHOS E MEMBROS SUPERIORES

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia
() Gasometria arterial () Radiografias
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ortopedia Dia / /

Especialista: as: Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Table with 3 columns: Nº, PRESCRIÇÕES E CONDUTAS, HORÁRIO REALIZADO. Contains handwritten entries for treatments like 'Dinturonol', 'Tilolip', 'SAL - soro', and 'Alte chupô Geral'.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Handwritten signature and stamp of the orthopedic surgeon.

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

[Handwritten Signature]
 Ass: do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

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

Bolcim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisele De Oliveira Lopes

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

SILVA LIMA Sexo: M Telefone: 981143299

Endereço: FABIO DE SOUZA Idade: 019 Bairro: MALVINAS

Cidade: Campina Grande RG: 41182200 Nº: 399

Nome da Mãe: CÍCERA MARIA DA SILVA CPF: Profissão: AUTONOMO

Responsável: Data de Atend: 26/08/2017 CNS: 705403483181395

Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 12:18:53 CONVÊNIO: SUS

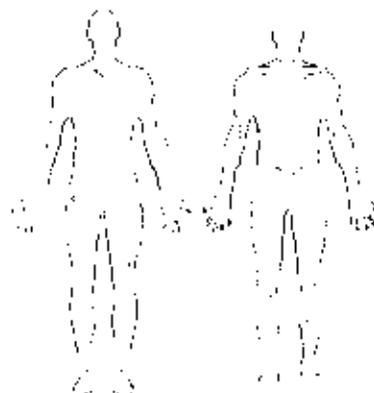
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:

Médico: CRM:

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. Injurgimento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dcr | 24. Lesão tendinle |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enflamação e Escarificação | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Emagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Púresis |
| 14. F. Coriúza | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Contusão | 34. Rinite alérgica |
| 17. F. Perfuro-contusa | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Snt02 _____

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	HORARIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



GOVERNO DA PARAÍBA

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
SECRETARIA DE SEGURADORIA SIA
26 JAN 2018
RECEBIDO

Ficha de Acolhimento

Soma

Nome: <i>João Genivaldo da Silva Lima</i>	
End: <i>Flores de Souza - 399</i>	Bairro: <i>Leônia</i>
Data de Nascimento: <i>07.09.92</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>As hoto.</i>	Data do Atend.: <i>26.01.18</i> Hora: <i>11:05</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: <i>140/100</i>	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () 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

[Handwritten Signature]
ENFERMEIRO
[Stamp]

SEMI SEGURODORA S/A
26 JAN 2016
RECEBIDO

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



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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

RECEBIDO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Paciente em DDM sob anestesia

Assepsia e antiseptia de campo

incisão dorsal - traçada (4º dda)

de exposição de SI

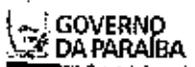
Redução + fixação manual de 120 kg

Sutura

Carlos

Dr. Carlos Cândido Filho
CRM: 10.123 - RCP: 12345

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: José Benivâncio da Silva Lima D.V. 04.07.1998						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		Sus	39 anos	1493552		
CIRURGIA TTO - Cirurgico, fratura			CIRURGIÃO Dr. Carlos Cândido			
ANESTESIA Local direita e fixação			ANESTESIA Dr. Osmar			
INSTRUMENTADORA Carlos		DATA 26.07.17	INÍCIO 15h.30'	FIM 16h.05'		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catel. p/ Oxa.		Catgut cromado Serlix	
	Atropina amp.		Catel. De Uinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serlix	
	Diazepam amp.	30	Compressa Grande		Catgut cromado Serlix	
	Ómone amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Oxantina amp.		Cotoide		Catgut Simples Serlix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serlix	
	Fenagax amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Serlix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Índica ml		Dreno Pozzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Clorcalina 5 ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix	
	Paralun amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix	
	Profligine amp.	0,5	Espatradro Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido 10ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcin ml	0,5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapfen amp.		H ₂ O, ml	01	Mononylon 2	SAREMI SEGURADORA S/A 26 JAN 2018 RECEBIDO
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serlix	
		01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix	
02	Dipirona amp.	0,5	Luvas 7.4 Paoc		Vicryl Serlix	
	Flaxidol amp.	02	Luvas 7.5		Vicryl Serlix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serlix	
	Geraxiona amp.	01	Luvas 8.5	01	Fio de Kirschner 1.5	
	Glicose amp.	20	Oxigênio l/m			
	Glucop de Cálcio amp.		Pórfix			
	Haemace ml	0,5	PVPI Degemante ml			
	Heparoma ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanaxion amp.	0,5	Sabão Antiséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	04	Saco coletor lixaloupa		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Rias amp. Nausedom		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
	Protamina		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml P/ limpeza	
	Revvan amp.		Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Solutaron amp.		Sonda foley			
02	Celastolna 1g		Sonda Nasogálica			
02	alocem 2/10ml		Sonda Uretral nº			
02	Triletal 20ml		Sterydrem ml			
			Tornetrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
	Agulha desc. 25 x 7		Getcon 18			
01	Agulha desc. 28 x 26 40x12	01	Latege			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
	Agulha p/ reqe nº				<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
0,5	Alcool de Enfermagem				<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Electrocautério
	Alcool iodado ml				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxímetro
0,5	Aladuras de Crepon 15cm				<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
0,2	Aladuras de Gessada 10cm				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

Maria José G. Bláudio
 Cir. G. Imagem
 CORP. PB 250711

[Handwritten signature]

1200
1200

X — X

05
20
02

— 10x15 OT

X

07 2 51 p.m. 2018

07 2 07 p.m. 2018

02

07 2 10 p.m. 2018

02

- 1200

OT

OT 1 15

02

OT



02
OT

05 02 13 12H:30, 7:10:02

05 02 13 12H:30, 7:10:02
05 02 13 12H:30, 7:10:02
05 02 13 12H:30, 7:10:02

05 02 13 12H:30, 7:10:02

Fratura exposta 4º dedo da mão direita.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

90

493602

Paciente José Benivanio de S. Lima Alojamento Leito Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/08/17	(1) Dieta oval líquida (2) SFD EV 1.000ml EV em 2hrs. (3) Ceftriaxona 1g EV 12/12hrs. (4) Diltiazem DIFA + AD EV 6/6hrs. (5) Tilidil 40mg DIFA EV 12/12hrs. (6) Dexametasona 4mg DIFA EV 1x/dia (7) SSV + CC GG (8) RAT S. B. VI - IM	SVD 1º 2º 8 11 13 19 01 07 13 01 14	Paciente vítima de queda de moto com trauma na mão direita com fratura de 4º dedo e ferimento no escudo - ferimento no 4º d. d. - Super curativo + fixação percutânea. - Internação hospitalar - Rins - y controle.

Dr. José Roberto Gomes
Otorrinolaringologista
CRM: 15.152

RECIBIDO
25 JAN 2018
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

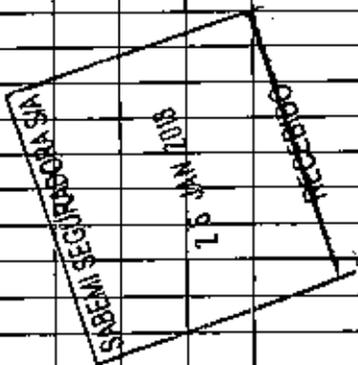
Dr. José Roberto Gomes
Otorrinolaringologista
CRM: 15.152

FRATURA EXPOSTA
2º ADD

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Jani Guimarães da Silva Almeida Alojamento: Leito: 9.1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
26/08/18	Zick Inj Ceftriaxona 1g + AD. CV, 6/6h Dipirona 500mg + AD. CV, 6/6h Paracetamol 400mg + 100ml JF 3x 12/12h Plasolol 10mg + AD, CV, 8/8h - (SU) SSW + clb6	18 24 06 18 24 06 18 06	# ORTOPEDIA # Paciente submetido à tubo cirúrgico P1 Fratura exposta de 4º d. do St. intercostal
29/08	Alta hospitalar w/ enforces + retorno ambulatório Fisioterapia Alta 45 dias ATB + Amis		Dr. Carlos C. [Signature] ORTOPEDIA - HOSPITAL DO IDAHO RUA SCS 635 - TEL: 3333-1111 CNPJ: 07.000.000/0001-91



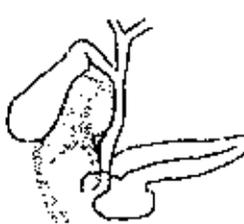
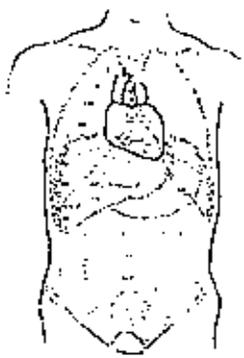
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CNPJ: 07.000.000/0001-91



SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: Jose Genivaldo da Silva Luna Idade: 19 anos
Exame: USF FAST Data: 26/08/17
Médico solicitante: José Neto Sexo: MAR.

RELATÓRIO



- FÍGADO: [x] Normal [] Alterado
VES. BILIAR: [x] Normal [] Alterado
VIAS BILIARES: [x] Normal [] Alterado
PÂNCREAS: [x] Normal [] Alterado
BAÇO: [x] Normal [] Alterado
RIM DIR.: [x] Normal [] Alterado
RIM ESQ.: [x] Normal [] Alterado
BEXIGA: [x] Normal [] Alterado



Outras observações:

Ausência de líquido livre, no abd do exame.

CONCLUSÃO

Dr. Neto - PS

Campina Grande, 1 / 20



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Jose Américo

Coxa Anca

4º dedo

MOD. 0111

Dr. José R. ...
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 672 ... 21437

Data

[Signature]

Médico

SABEMI SEGURADORA S/A
26 JAN 2008
RECEBIDO



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

Use 104

⤵

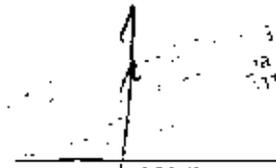
① SAT 5000 us — 01 KA

Aplicar use 104

MOD. 001

26, 08, 17

Data



Médico



SABEMI SEGURADORA S/A
26 JAN 2018
RECEBIDO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

303.90043 23/02/2016

JOSÉ GENIVÂNIO DA SILVA LIMA

GENIVAN SILVA LIMA
CICERA MARIA DA SILVA

IBHAPI - AL 04/07/1998

CERTO MASC 74511 FLS B6-V LIV A-50
ATA GRANDE-AL

1 VTA MARIA MARALINA CARDOSO DA SILVA P 6

LENº 7.118 DE 2007/RJ3

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
CONDICAO DE ADVOGADO

CON
WAGNER LUIZ RIBEIRO SALES

CPF 10701101Z SALES
MARIJA JOSÉ RIBEIRO SALES
PAT. 444.1199
RAPIVIA GRANDE-PB

NO
3308900 - SSP/PB
VENDEDORES DE BENS E SERVIÇOS
RSC

DATA DE RECEPÇÃO DO
26/04/2018

CPF
011.000.764-00

DATA DE EMISSÃO DO
06/03/2018

Wagner Luiz Ribeiro Sales
COPIA DO AT. BOM DIA PARA O CONSELHO
FABRILIN E



SABEMI SEGURADORA S/A
26 JAN 2018
RECEBIDO



Wagner Luiz Ribeiro Sales



USO DEBENTARDO
EXIBIR PARA TODOS OS FINS LEGAIS
VALIDA EM TODOS OS ESTADOS

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13013766



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0800116443-8
DETRAN/SP Nº 013525452704

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 00019960845 ***** 2017

JOSE LIDRIANO DA SILVA

00011496303458 HBK6443

HBK643/SP 902JC30304R022180

ESPECÍFICO: PAS/MOTOCICLO
CATEGORIA: GASOLINA
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ES
ANO FAB: 2003 ANO MOD: 2004
CATEGORIA: 2L/0125 CC
COR: PRETA

1	FAIXA IV	PARCELAMENTO COTAS	1	*****
P	0028040	COD. MUN. 100-4	2	*****
V			3	*****

DPVAT PAGO

SEM RESERVA

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

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
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

ESTRUCO: 2017 11/08/2017
VIA: 1
CPF/CNPJ: 00011496303458
PLACA: HBK6443
RESERVA: 00019960845
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN ES
ANO FAB: 2003
COR: 09
CHASSI: 902JC30304R022180

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

SEGURO LÍDER - DPVAT

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

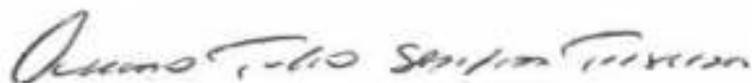
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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

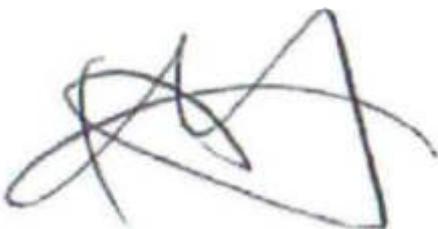
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

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 Valéria, 399, Madureira, 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 Milton Pereira Farias, 39, Botororango, 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) Firma(s) de:.....
JOSE GENIVÂNIO DA SILVA LIMA
 Es. test. da 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: AFK52986-ARV1
 Confirma a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/OFICIO DE NOTAS>



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



JOSE GENIVÂNIO DA SILVA LIMA
 OUTORGANTE