
Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011295

Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AILTON CARNEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190011295

Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), AILTON CARNEIRO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011295

Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), AILTON CARNEIRO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190011295

Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON CARNEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 0000055189-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011295 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 2º, 3º, 4º E 5º METACARPOS DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	133.580.874-41	Ailton Carneiro da Silva

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

Nome completo:	CPF:
Ailton Carneiro da Silva	133.580.874-41
Profissão:	Número:
Agricultor	5W
Endereço:	Complemento:
Rua Projetada	-
Bairro:	Cidade:
Quilômetro	Corde
E-mail:	Estado:
	PB
	CEP:
	58322-000
	Tel.(DDD):

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

RENDAS MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 CONTA: 405040 5

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de ressarcimento a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome: Girlene Araújo da Silva

CPF: 108.208.204-04

Girlene Araújo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Clarice Antônia Gilo da Silva

CPF: 05169044425

(Loca)

Assinatura

2ª | Nome: Renata Santos do Nascimento

CPF: 706.550.684-99

Renata Santos do Nascimento

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01841.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01841.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:41 horas do dia 26 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Ailton Carneiro da Silva**, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Joana Carneiro da Silva e Antonio Joaquim da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/07/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Gurugi, Nº SN, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Escola Municipal Nina Rodrigues, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98697-7159.

Dados do(s) Fatos:

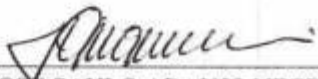
Local: Sítio Gurugi, nº SN, Escola Municipal Nina Rodrigues, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 04/02/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo o notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2015 de cor vermelha, placa OFG 7143/PB, chassi nº 9C2KD0810FR424118 registrado em nome de Ricardo Henrique Silva dos Santos-CPF nº 104.014.944-89; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando perdeu o controle do veículo e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1268/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 17.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) ambulância local; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


AILTON CARNEIRO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01841.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	133.580.874-41	Ailton Carneiro da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Ailton Carneiro da Silva	133.580.874-41	
Profissão:	Endereço:	Número:
Agricultor	Rua Projetada	511
Bairro:	Cidade:	CEP:
Quilômetro	Corde	58322-000
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PB	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4033 CONTA: 405040 5

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de ressarcimento a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data, _____
 Nome: Gildene Araújo da Silva
 CPF: 108.208.204-04
 Gildene Araújo da Silva
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Maria Antônia Gilo da Silva
 CPF: 05169044425
 (loca)
 Assinatura

2ª | Nome: Renata Santos do Nascimento
 CPF: 706.550.684-99
 Renata Santos do Nascimento
 Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

JOA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:57:05

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXAI

FAX: ()

CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.02.000907

CNS: 209869805060003 Sexo: M CARTAO SUS: 209869805060003 Fone: 91110658

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/07/1976 Id: 40 ano(s)

End.: SITIO GURUGI, 000PAÇ. NAO FORNECEU INFORMACOES P/O CADASTRO (IMPOSSIBILITADO)

Bairro: SITIO GURUGI Cidade: CONDE UF: PB

Mae: NAO INFORMADO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ENFERMEIRA DA AMBULANCIA/ERLAINE

Tel/Doc. Responsavel: 0000 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE POLICLINICA DO CONDE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NA CONDE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

02%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

03 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Ana Paula Carneiro Azevedo
COORDENADORA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON CARNEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000055189-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2702201905000000000023702108000000055189168750 PAGO

CLAUDIANE ALVES DE ARAUJO
RUA PROJETADA, S/N - GURUGU
COND. / PB CEP: 58322000 (AO: 1)

Emissa: 23/10/2018 Referência: Out / 2018
Class/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA GUL MONOPOLIZADA
Roteiro: 13 - 21 - 581 - 3600 Nº medidor: 300085969-4

energisa
ENERGISA PARÁIBA, O.D.T.R.E.D.O.T.A.T.E.ENERGISA S.A.
CNPJ: 09.095.182/0001-40, P.O. Box: 18.915, 820-9
Nota Fiscal: Nota de Energia Elétrica nº 470-385
Cód. para Dib. Automática: 30016959694

Resumo do Consumo: 0800.67.8.10.312

Consumo anterior: 012.862,864-25
Data: 23/10/2018
Data: 22/11/2018
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1695969-4

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.433, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Anterior	Atual	1	82	29
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/05/18	4527	23/10/18	4802			

CC	Descrição	Quantidade	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0801	Consumo até 50kWh-BR	50,000	0,000000	0,00	0,00	25	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo - 51 a 100kWh-BR	32,000	0,483632	14,89	14,89	25	2,71	14,89	0,10
0801	Adic. B Vermelha			1,34	1,34	25	0,33	1,34	0,01
0810	Subsídio			55,39	55,39	25	13,85	55,39	0,21
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			13,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-39,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL: 44,88 71,55 17,89 71,55 0,40 2,21

Média últimos meses (kWh): VENCIMENTO PAGAR

97 30/10/2018 R\$ 44,68

Reservado ao Fisco

101 133 4 139 108 105 85 101 80 89 72 93 79
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO
b283.fc8e.5596.9d27.449d.da40.9e23.d384.

Unidades de Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor
DIS MENSAL	1° 94	0,00	NOMINAL	220
DIS TRIMESTRAL	33 39			
DIS ANUAL	47 79			
FC MENSAL	7 97	0,00	CONTRATADA	202
FC TRIMESTRAL	15 94		LIMITE INFERIOR	221
FC ANUAL	31 88			
DMC	0 52	0,00		
DGR	16 82			

ATENÇÃO

Além das faturas em atraso acima, existe(m) 33 fatura(s) no montante de R\$ 1784,42 relativa(s) a período(s) anterior(es).
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima conste(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 07/11/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado. Caso essas faturas estejam pagas, solicite a suspensão desta mensagem.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$39,46.
Requerer Tarifa - Vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Renda 15,41% Média
Requerer Tarifa - Vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.439-A 15,79% Média

energisa

VENCIMENTO 30/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 44,68

Roteiro: 13 - 21 - 581 - 3600 Matrícula: 1695969-2018-10-3

8367000000-0 44680054000-2 16959692018-4 10300021019-7

03 JAN. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Picardo Henrique Silva dos Santos,
RG nº 3697549, data de expedição 25/11/2009
Órgão SSDS, portador do CPF nº 104.014.944-89 com
domicílio na cidade de CONDÉ, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO GURUGI, nº 5/m
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 Altom, cujo o condutor era
Altom

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/NXR160 BROSS ESD
Ano: 2015
Placa: DFG 7143
Chassi: 9C2KD0810FR424118
Data do Acidente: 04 FEVEREIRO 2017
Local e Data: SITIO GURUGI 04 FEVEREIRO 2017

Picardo Henrique Silva dos Santos
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO
Por autenticidade, a(s) firma(s) de
PICARDO HENRIQUE SILVA DOS SANTOS
Tabela Rele: Mariene Lopes Carneiro
Selo Digital AHB95963-WQ8H
Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.jus.br>
Emol R\$8,00 ISS R\$0,44 Forpen R\$0,07 MP R\$0,14 Fepj
R\$2,22

CNPJ 02.915.305/0001-55
CARTÓRIO LOPES CARNEIRO
Rua Nsa. Ribeiro, s/nº
Distrito de Jacumã, CEP: 59.322-00,
CONDÉ-PB.

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

CERTIDÃO

Nº. 1268/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 3247 e Prontuário de Nº 2017.02.000907, pertencente a **AILTON CARNEIRO DA SILVA** que foi atendido dia 04/02/2017 às 17H57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/02/2017 com alta médica dia 11/02/2017.

E E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de outubro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



JOA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:57:05

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXAI

FAX: ()

CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.02.000907

CNS: 209869805060003 Sexo: M CARTAO SUS: 209869805060003 Fone: 91110658

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/07/1976 Id: 40 ano(s)

End.: SITIO GURUGI, 000PAÇ. NAO FORNECEU INFORMACOES P/O CADASTRO (IMPOSSIBILITADO)

Bairro: SITIO GURUGI Cidade: CONDE UF: PB

Mae: NAO INFORMADO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ENFERMEIRA DA AMBULANCIA/ERLAINE

Tel/Doc. Responsavel: 0000 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE POLICLINICA DO CONDE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NA CONDE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

02%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

03 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Ana Paula Carneiro Azevedo
COORDENADORA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------



Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: ALTON CARREIRO SILVA				Registro: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Clínica: _____	EMP: _____	LR: _____
Data: 10/02/17	Cirurgião: TERCIO			1º Assistente: _____	
2º Assistente: DR. LEOPARDO		3º Assistente: _____		Instrumentador: _____	
Anestesista: _____		Tipo Anestesia: _____		Horário: I: _____	T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
FRATURA / LUXAÇÃO 2,3 x 4º MT					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO					
COM FIO KIRSCHNER					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva: _____	
			2 () Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					


 03 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

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

QPD: Ex 21314 MTT

IDA: Presente com dor de coluna

nao hp 6h com fa

do 21314 MTT

neuroto pro curar

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

Boca e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mm.

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

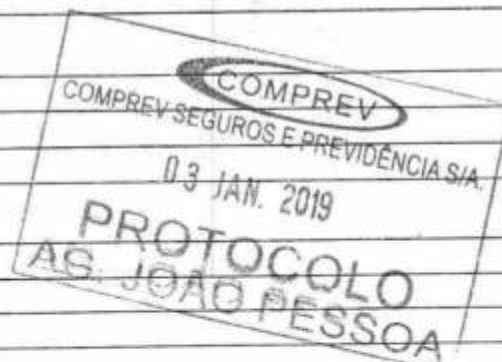
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1- ACT EM DOK SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS

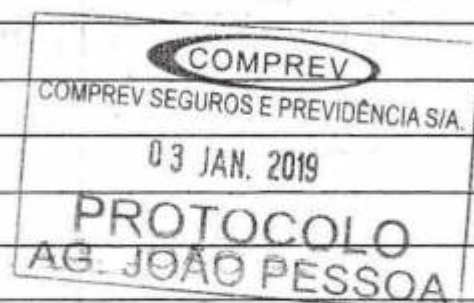
Incisão: 3- INCISÃO DORSAL PARA ACESSO FOCO FRATURA; REDUÇÃO CRUENTA

Achados: 4- MONTAGEM FIOS KIRSCHNER SOB ESTOPA
5- LAVAGEM; DRENAJAMENTO, SUTURA + TALA GESSADA.

Conduta:

Fechamento:

OBS:



Data: 10/02/17

Dr. Tercio Henrique
CRM-PB 10541

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Adilson Carneiro da Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	40a	SEXO	M	CAR	CLÍNICA	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	04.02.2017	DATA DE ALTA	11.02.2017	TEMPO DE PERMANÊNCIA	07 dias.
------------------	------------	--------------	------------	----------------------	----------

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura de metatarsianos. (E)		CID	
---------------------	-------------------------------	--	-----	--

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
------------------------	--	--	--	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS				
---------------------	--	--	--	--

PRINCIPAIS EXAMES	Rx do pé			
-------------------	----------	--	--	--

PROCEDIMENTO REALIZADO	Ht crur. gen			
------------------------	--------------	--	--	--

TERAPIA MÉDICA/ALIMENTAR				
--------------------------	--	--	--	--

ANATOMIA PATOLÓGICA				
---------------------	--	--	--	--

INFECÇÃO F.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM ☒ NÃO
---------------	------------------------------	---	--------------------	--

RESULTADO BACTERIOLOGIA				
-------------------------	--	--	--	--

EVOLUÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO ☐ ÓBITO
------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	--

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES	
paciente submetido a Ht crur. gen de fratura dos metatarsianos - recebe alta e continua Ht no ambulatório		

DIETA:	livre	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	COMPREV
--------	-------	----------------------	---------

REPOUSO:	Relativo em casa por 15 dias	Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias	Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 60 dias
----------	------------------------------	---	---

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

MEDICAÇÕES PARA CASA:	Dipir, morfina	
-----------------------	----------------	--

RETORNO	Ao posto de saúde em 04M	Ao Ambulatório do Dr. Tarcio	para retirada de pontos.
---------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

DATA	11.02.2017	Dr. Alexandre	Ortopedia e Traumatologia
------	------------	---------------	---------------------------

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

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

CERTIDÃO

Nº. 1268/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 3247 e Prontuário de Nº 2017.02.000907, pertencente a **AILTON CARNEIRO DA SILVA** que foi atendido dia 04/02/2017 às 17H57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 10/02/2017 com alta médica dia 11/02/2017.

E E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de outubro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



JOA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:57:05

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXAI

FAX: ()

CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: AILTON CARNEIRO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.02.000907

CNS: 209869805060003 Sexo: M CARTAO SUS: 209869805060003 Fone: 91110658

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/07/1976 Id: 40 ano(s)

End.: SITIO GURUGI, 000PAÇ. NAO FORNECEU INFORMACOES P/O CADASTRO (IMPOSSIBILITADO)

Bairro: SITIO GURUGI Cidade: CONDE UF: PB

Mae: NAO INFORMADO

Pai: NAO INFORMADO

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ENFERMEIRA DA AMBULANCIA/ERLAINE

Tel/Doc. Responsavel: 0000 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE POLICLINICA DO CONDE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NA CONDE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

02%:

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

03 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Ana Paula Carneiro Azevedo
COORDENADORA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------



Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

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

QPD: Ex 21314 MTT

IDA: Presente com dor de coluna

nao hp 6h com fa

do 21314 MTT

neuroto no exame

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele:

Boca e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: Visão:

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mm.

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

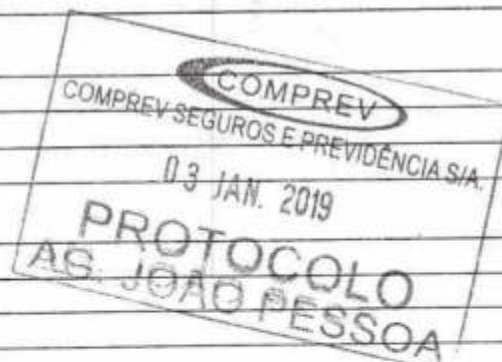
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1- ACT EM DOK SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS

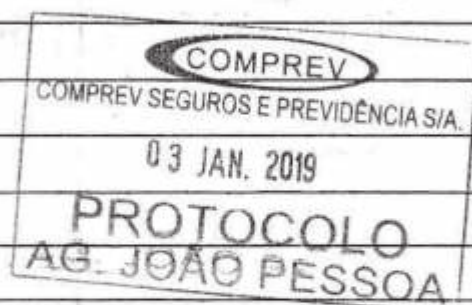
Incisão: 3- INCISÃO DORSAL PARA ACESSO FOCO FRATURA; REDUÇÃO CRUENTA

Achados: 4- MONTAGEM FIOS KIRSCHNER SOB ESTOPA
5- LAVAGEM; DRENAJAMENTO, SUTURA + TALA GESSADA.

Conduta:

Fechamento:

OBS:



Data: 10/02/17

Dr. Tercio Henrique
CRM 10541

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Adilson Carneiro da Silva
IDADE: 40a SEXO: M CLINICA: ORT PRONTUÁRIO Nº: 67 LEITO: 11

DATA DE ADMISSÃO: 04.02.2017 DATA DE ALTA: 11.02.2017 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 07 dias

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de metatarsianos. (E) CID:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: Rx do pé

PROCEDIMENTO REALIZADO: Ht crur. gen

TERAPIA MÉDICA ADJUVANTE:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

EVOLUÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES): paciente submetido a Ht crur. gen de fratura dos metatarsianos - recebe alta e continua Ht no ambulatório

DIETA: livre ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 60 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Alm, morfina

RETORNO Ao posto de saúde em CHM para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Tarcio em 30 dias para reavaliação.

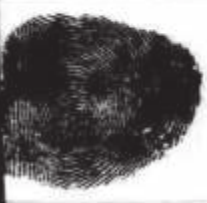
DATA: 11.02.2017

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

Dr. Alexandre Ortopedia e Traumatologia CRM 2428 SBO 9603 ASS. MÉDICO / CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-044

NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.608.713 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2016

NOME **AILTON CARNEIRO DA SILVA**

FILIAÇÃO **ANTONIO JOAQUIM DA SILVA
JOANA CARNEIRO DA SILVA**

NATURALIDADE **JOÃO PESSOA-PB** DATA DE NASCIMENTO **04/07/1976**

DOC ORIGEM **NASC.N.760 FLS.151 LIV.A2
CARTORIO ALHANDRA PB**

CPF **133.580.874-41**

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

13/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
133.580.874-41

Nome
AILTON CARNEIRO DA SILVA

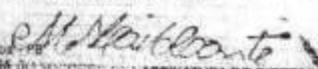
Nascimento
04/07/1976

LEVE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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



Assinou a nega

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.765.644
DATA DE EXPEDIÇÃO	25/06/2009
NOME	GIRLENE ARAUJO DA SILVA
FILIAÇÃO	AILTON CARNEIRO DA SILVA CLAUDIANA ALVES DE ARAUJO
NATURALIDADE	JOAO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	07/02/1997
DOC ORIGEM	NASC.N.10273 PLS.17 LIV.A-11
CITY	CARTORIO CONDE-PB
 ASSINATURA DO DETENTOR	
LEVAVA EM 25/06/09	

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

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurança para a conta.

Reverso para simples pagamento da rede de distribuição da energia elétrica. N° 015.995.761



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-030
CNPJ 05.055.185/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIANE ALVES DE ARAUJO
RUA PROJETADA S/N
CONDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1695969-4

REFERÊNCIA

NOV/2018

APRESENTAÇÃO

22/11/2018

CONSUMO

101

VENCIMENTO

29/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 63,42

Acesse: www.energisa.com.br



IDENTIFICAÇÃO

CLAUDIANE ALVES DE ARAUJO

Roteiro: 13-021-581-3600

83670000000-0 63420054000-9 16959692018-4 11100021019-0

VENCIMENTO

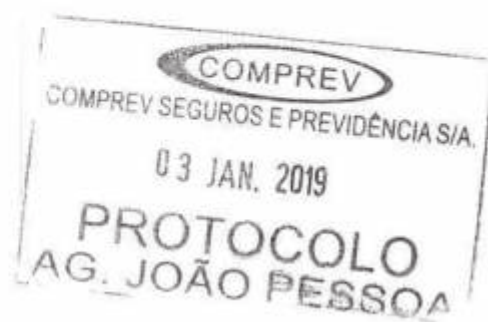
29/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 63,42

MATRICULA

1695969-2018-11-1





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.193.237 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2013

NOME RENATA SANTOS DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO RENATO JOÃO DO NASCIMENTO
GILMÁCIA SANTOS DO NASCIMENTO

NATALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 03/09/1997

END. ORDEM NASC.N.14049 FLS.248 LIV.A-14

CPT CARTORIO ALHANDRA/PB

706.150.684-99

LEI N.º 116 DE 28/08/93

Testemunha

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



1. 2019년 12월 31일 현재 보유 중인 자산의 총액: 1,234,567,890원
 2. 2019년 12월 31일 현재 부채의 총액: 567,890,123원
 3. 2019년 12월 31일 현재 자본의 총액: 666,677,767원
 4. 2019년 12월 31일 현재 당기순이익: 123,456,789원
 5. 2019년 12월 31일 현재 당기순손실: 0원
 6. 2019년 12월 31일 현재 당기순이익률: 10.0%
 7. 2019년 12월 31일 현재 당기순손실률: 0.0%
 8. 2019년 12월 31일 현재 당기순이익률: 10.0%
 9. 2019년 12월 31일 현재 당기순손실률: 0.0%
 10. 2019년 12월 31일 현재 당기순이익률: 10.0%
 11. 2019년 12월 31일 현재 당기순손실률: 0.0%
 12. 2019년 12월 31일 현재 당기순이익률: 10.0%
 13. 2019년 12월 31일 현재 당기순손실률: 0.0%
 14. 2019년 12월 31일 현재 당기순이익률: 10.0%
 15. 2019년 12월 31일 현재 당기순손실률: 0.0%

Journal of Management Education 39(1) 5-19

Call para C&B Automático: 0801630352

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/07/18	1776	01/08/18	1776			22
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Unidade	Taxa	Valor Base	Valor Base
					100,00	100,00
0001	Consumo de água	100,00	m³	1,00	100,00	100,00
0002	Consumo de energia	100,00	kWh	0,00	0,00	0,00
0003	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0004	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0005	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0006	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0007	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0008	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0009	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0010	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0011	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0012	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0013	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0014	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0015	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0016	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0017	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0018	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0019	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0020	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0021	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0022	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0023	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0024	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0025	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0026	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0027	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0028	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0029	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0030	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0031	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0032	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0033	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0034	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0035	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0036	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0037	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0038	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0039	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0040	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0041	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0042	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0043	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0044	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0045	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0046	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0047	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0048	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0049	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0050	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0051	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0052	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0053	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0054	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0055	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0056	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0057	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0058	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0059	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0060	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0061	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0062	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0063	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0064	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0065	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0066	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0067	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0068	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0069	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0070	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0071	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0072	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0073	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0074	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0075	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0076	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0077	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0078	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0079	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0080	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0081	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0082	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0083	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0084	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0085	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0086	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0087	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0088	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0089	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0090	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0091	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0092	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0093	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0094	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0095	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0096	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0097	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0098	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0099	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0100	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0101	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0102	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0103	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0104	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0105	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0106	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0107	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0108	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0109	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0110	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0111	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0112	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0113	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0114	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0115	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0116	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0117	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0118	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0119	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0120	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0121	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0122	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0123	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0124	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0125	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0126	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0127	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0128	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0129	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0130	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0131	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0132	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0133	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0134	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0135	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0136	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0137	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0138	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0139	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0140	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0141	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0142	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0143	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0144	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0145	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0146	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0147	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0148	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0149	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0150	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0151	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0152	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0153	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0154	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0155	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0156	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0157	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0158	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0159	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0160	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0161	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0162	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0163	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0164	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0165	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0166	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0167	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0168	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0169	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0170	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0171	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0172	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0173	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0174	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0175	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0176	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0177	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0178	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0179	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0180	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0181	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0182	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0183	Consumo de gás	100,00	m³	0,00	0,00	0,00
0184	Consumo de gás	100,00	m³	0,		

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

0	23	44	50	4	10	22	23	17	20	13	24
Result	Depth	Angle	Height	Width	Length	Width	Depth	Angle	Height	Width	Length

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

[illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

第 2 章 第 2 节

Received 12 June 2006; accepted 12 July 2006

$$E_{\text{eff}} = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$$
VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/11/2018

RS 198.62

83640000001-1 95620149000-0 16983562018-7 11400005019-4



da Paraíba

Nome

Nome

ARMANDO DA SILVA LOPES DA SILVA

Nome

ARMANDO DA SILVA LOPES DA SILVA LUIZ FERREIRA

Nome

Nome

ARMANDO DA SILVA LOPES DA SILVA

Nome

ARMANDO DA SILVA LOPES DA SILVA

Data de Nascimento

07/02/1985

Data de Compromisso na OAB

24/05/2012

Data de Cessão de Direito

29/12/2009

Data de Expedição

06/08/2012

OAB

Odin Bezerra Cavalcanti Sobrinho

ODIN BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

CARTÃO DE IDENTIDADE



10494508

Maria Lúcia Gomes da Silva

Assinatura da Titular do Cartão



Testemunha

as em atraso

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PAGAR

8,62

05019-4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190011295 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DE 2º, 3º, 4º E 5º METACARPOS DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003052/19

Número do Sinistro: 3190011295

Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA

CPF: 133.580.874-41

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON CARNEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2019
Nome: AILTON CARNEIRO DA SILVA
CPF: 133.580.874-41

AILTON CARNEIRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003052/19

Vítima: AILTON CARNEIRO DA SILVA

CPF: 133.580.874-41

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/02/2017

Titular do CPF: AILTON CARNEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AILTON CARNEIRO DA SILVA : 133.580.874-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/01/2019
Nome: AILTON CARNEIRO DA SILVA
CPF: 133.580.874-41

AILTON CARNEIRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	133.580.874-41	AILTON CARNEIRO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
AILTON CARNEIRO DA SILVA		133.580.874-41
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
AGRICULTOR	RUA PROGETADA	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
GURUGI	CONDE	PB 56322-000
E-mail:	Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 2108 CONTA: 55189 9

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____

Nome: Girleide Araújo da Silva

CPF: 108.208.204-07

Girleide Araújo da Silva

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Maria Cinthia Gulo da Silva

CPF: 0569044929

Maria Cinthia Gulo da Silva

Assinatura

2ª | Nome: Genelvis Cruzina A. Silva

CPF: 91151950668

Genelvis Cruzina A. Silva

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**