

---

**Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190286095**

**Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA**

**Data do Acidente: 27/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PAULO PEREIRA DE LIMA**

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

# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Cruzes Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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: 1914 CONTA: 97367 3

(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 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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Impressão digital: \_\_\_\_\_ Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

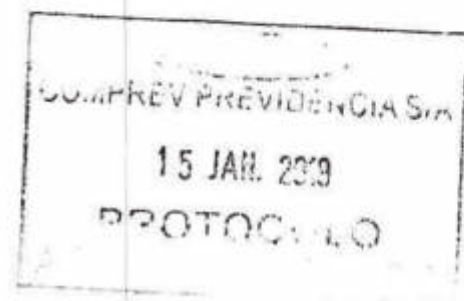
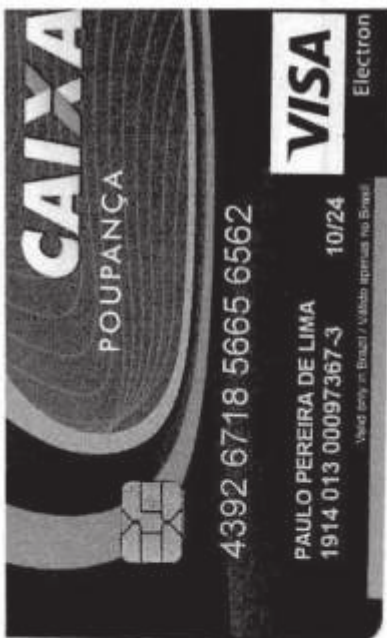
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.





# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Cruzes Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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: 1914 CONTA: 97367 3

(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 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 a aqueles 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: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Pereira de Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

15 JAN 2019

PROTOCOLO

(\*) 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.

# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
 Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 58337-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECLUSO 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: 1914 CONTA: 97367 3  
(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 Lider 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 22 ABR. 2019  
☐ 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 Lider 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.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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: João Pessoa - PB 15/01/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

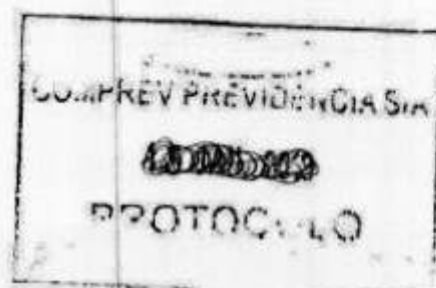
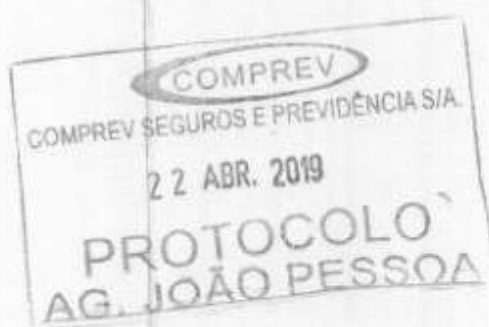
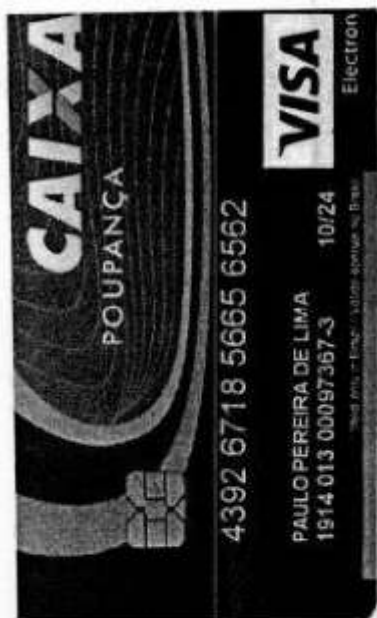
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Paulo Pereira de Lima  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PROTOCOLADO

(\*) 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.





# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
 Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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: 1914 CONTA: 97367 3

(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 do 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 a 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) ☐ Divorçado ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 art. 179 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

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 (dois) 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 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

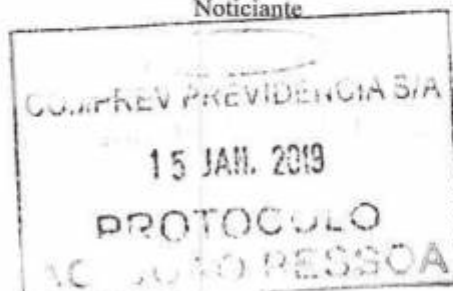
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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, 07 de janeiro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
PAULO PEREIRA DE LIMA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

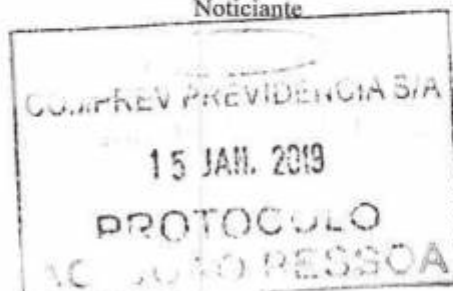
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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, 07 de janeiro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
PAULO PEREIRA DE LIMA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

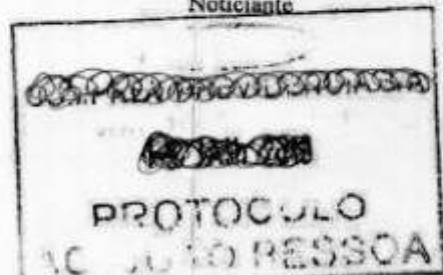
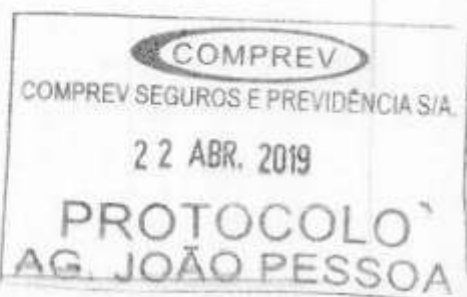
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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, 07 de janeiro de 2019.

**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

**PAULO PEREIRA DE LIMA**  
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

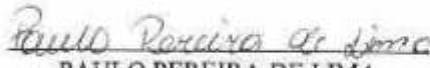
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

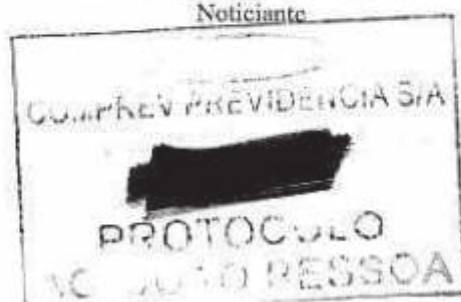
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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 fé.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
PAULO PEREIRA DE LIMA  
Notificante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401



# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Cruzes Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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: 1914 CONTA: 97367 3

(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 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 a aqueles 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: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura

15 JAN 2019

PROTOCOLO

(\*) 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.



# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Cruzes Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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: 1914 CONTA: 97367 3

(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 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 a aqueles 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: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
 Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 58337-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECLUSO 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: 1914 CONTA: 97367 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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 22 ABR. 2019  
☐ 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 Lider 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.

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 art. 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19 TESTEMUNHAS  
 Nome: \_\_\_\_\_ 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO  
Paulo Pereira de Lima  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

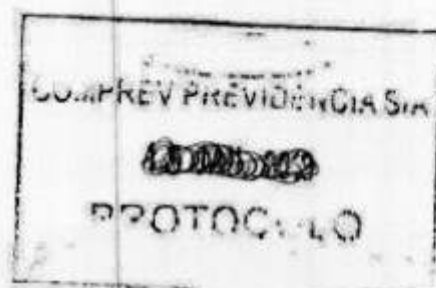
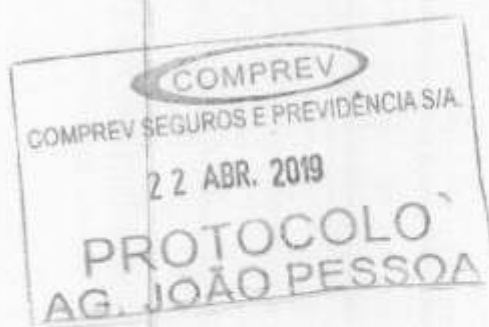
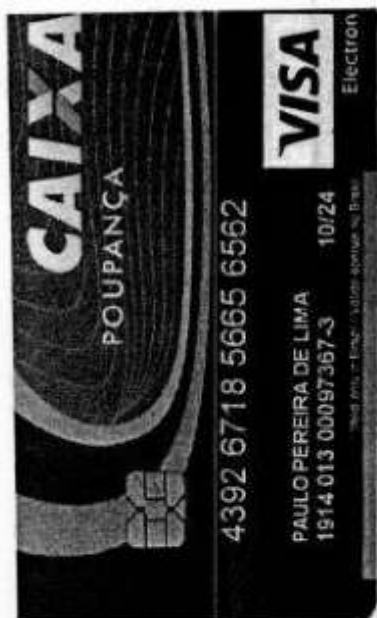
Assinatura do Procurador (se houver)  
Alcides Lima Pereira  
 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura \_\_\_\_\_ 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

PROTÓCOLO

(\*) 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.





# 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: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
 Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Centro Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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: 1914 CONTA: 97367 3  
 (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 do 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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) ☐ Divorçado ☐ 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 art. 179 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
 Paulo Pereira de Lima  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

Nome DO PACIENTE  
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Tc. Abd: O2%:

Exame Principal

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA Sim

15 JAN. 2013

PROTOCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com  
fratura RN7 Est.

Diagnostico

Conduta

Prontuário médico médico E

Exame

Horario da medicacao

C7: Intermição P/  
990 C/100/10  
2013

Dr. João P.  
Cirurgião Geral  
CRM 10.000/10000  
Cirurgia Geral

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A

EDIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

ACT

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

Nome DO PACIENTE  
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Tc. Abd: O2%:

Exame Principal

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA Sim

15 JAN. 2013

PROTOCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com  
fratura da 7ª e 8ª costela.

Diagnostico

Conduta

Prontuário médico atualizado

Exame

Horario da medicacao

07: Internação P/  
990 Cirúrgico  
2013

Dr. João P.  
Cirurgião Geral  
CRM 10.000

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

EDIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

ACT

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## CERTIDÃO

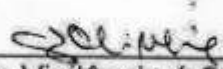
Nº. 1573/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA 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 Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEdia

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Educação: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2018.01.003765

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Esporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violencia por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Ec. Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

Exame Principal

INDICAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEdia

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AG. JOAO PESSOA

Queda de moto com  
pequena fratura Est.

Diagnostico

Conduta

fratura muleto medicial e

Tratamento

Horario da medicacao

C7: Intervenção P/  
990 C710000  
2018

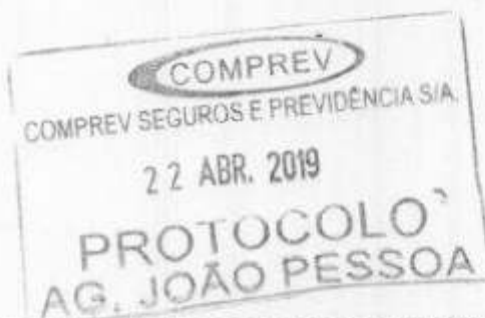
Assinatura do Médico  
Assinatura do Enfermeiro  
Assinatura do Farmacêutico



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
PROCEDIMENTO REALIZADO

2019-04-22

PROTOCOLO

ADT

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Ficha Nr: 97813      Atcd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEdia

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

Bairro: CENTRO      Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO      UF :PB

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

-----  
 esporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
 -----

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vítima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

11 Case Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

**Tipo de Classificação de Risco:** VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado    ☐ Convulsao

Peso:                      Altura:

☐ Hemorragia                      ☐ Dispnea

Glicemia: IMC:

☐ ☐ Diarreia ☐ ☐ Agitado

Abd: 028:

☐ Regular ☐ Chocado

Ka Principal

[ ] Vomito

# AMINHAAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CAO

## PROTOCOL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Nome Físico - (hora do atendimento médico):  
 Quebra Ole muito Com  
 Pedra PRN Estb.

## Diagnostico

1. Conduita

Conducta

problemas medicos medicos

erica

| Horário da medicação

07: Spleenitis P/ 990 STUPOLO

*[Handwritten signature]*



PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROLETÁRIA, 38 - CENTRO  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59337-000 (AQ: 51)

Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL (BARRA REINDA MONOFÁSICO) R200, Km 25 - Crote Residencial - João Pessoa / PB - CEP 55071-000  
Roteiro: 2 - 55 - 525 - 1920 Nº medidor: 0003981252

Nota Fiscal / Conta de Energia ENEC016 SAG 004  
Cód. pag. Déb. Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.004-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002  
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1	145	29
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base Cato	Alto Fato (R\$)	Base Cato Fio (R\$)	Cófito (R\$)
		Tarifa Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pot. Cato (R\$)	(1,004534) (4,995466)
0801	Consumo até 30kWh-ER	30,000 0,287890	8,63	8,63	27	2,33
0801	Consumo - 31 a 100kWh-ER	10,000 0,483540	34,54	34,54	27	8,32
0801	Consumo - 101 a 220kWh-ER	45,000 0,740300	33,31	33,31	27	8,89
0801	Adic. B. Amarela		1,07	1,07	27	0,30
0810	Subsídio		48,02	48,02	27	12,96
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		12,59	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018		0,60	0,00	0	0,00
0805	MULTA 11/2018		1,98	0,00	0	0,00
0805	Devolução Subsídio		-32,14	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 108,51 128,57 33,90 128,57 1,28 6,27

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

145

13/12/2018

R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 149 | 171 | 185 | 162 | 143 | 117 | 99 | 95 | 135 | 142  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

#### Indicadores de Qualidade

10/2018 - Base

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	24,89		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	6,97		LAJTE INFERIOR 231
FIC ANUAL	13,95		
DICR	3,90		
DICR	12,22		

#### Composição do Consumo

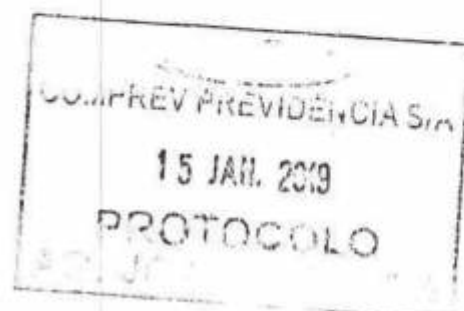
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	15,42	15,97
Consumo de Energia	25,27	24,21
Serviço de Transmissão	2,38	2,34
Encargos Setoriais	4,35	4,01
Encargos Operacionais e Encargos	58,51	52,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	106,93	100,00

Valor do EUSP (R\$) 10/2018: R\$ 22,65

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$32,14





2010年12月15日 星期三 晴

2000年12月29日，中国铝业公司成立，成为我国第一家特大型中央企业。

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 253–263

1992年12月14日，中国常驻联合国代表、副外长钱奎在联合国裁军委员会第四分会会议上，就裁军问题发表讲话，指出中国一贯主张全面禁止和彻底销毁核武器，并重申中国对核裁军的立场。

Environ Monit Assess (2008) 142:179–190

01471-194295 \* 03-03-01-401 \* 01471-194295

Copyright © 2007 by John Wiley & Sons, Inc.

Call your Club Automatic: 800.68.WE3587

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Nov / 2018

21/11/2018

19/12/2018

010 542 224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

### Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
10/05/12	2072	20/11/12				
Demonstrativo						
CD	Grupo	Quantidade Teórica	Valor Teórico	Valor Real	Preço Real	Consumo
		Preço Teórico	Preço Real	Preço Real	Consumo	Consumo
0001	Consumo de Água	200,000	100,000	100,000	100,000	1,00
0002	Água B. Vermelho	4,75	4,75	4,75	4,75	0,04
0003	Água B. Amarela	2,20	2,20	2,20	2,20	0,02
UNICAMPOS SERVICOS						
0004	CONTRIBUIÇÃO P. LUM. PÚBLICA		11,24	0,00	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

28/11/2018

RS 198.62

Historico de Consumo (kWh)

6	25	40	20	4	100	224	223	127	200	192	234
April 12	Dec 13	Jan 16	Feb 12	March	April 16	May 16	June 18	July 18	April 19	Sept 18	Oct 12

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

## Indicadores de Qualidade

[illegible]

## ATENÇÃO

## Faturas em atraso

• **Letting go of the past**

2. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b*

廖凡 周迅 葛优 张国立 陈道明 姜文 李冰冰 徐静蕾 佟大为 陈坤 周润发 李亚鹏 胡歌 林心如 杨幂 王宝强 陈柏霖 唐嫣 刘烨 袁泉 吴倩莲 朱时茂 李修贤 陈国坤 吴镇宇 邵美琪 徐锦江 何家劲 钟镇涛 邵音音 梁朝伟 周星驰 张柏芝 苏有朋 刘德华 苗可秀 卢冠廷 卢巧音 吴彦祖 关礼杰 周励淇 李灿森 王青 陈奕迅 谢霆锋 李修贤 陈国坤 吴镇宇 邵美琪 徐锦江 何家劲 钟镇涛 邵音音 梁朝伟 周星驰 张柏芝 苏有朋 刘德华 苗可秀 卢冠廷 卢巧音 吴彦祖 关礼杰 周励淇 李灿森 王青 陈奕迅 谢霆锋

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**
$$W_{\text{eff}} = 12.5 \times 20 = 250$$

本報記者 王曉明 專訪 香港中文大學社會工作系教授 李卓人

83640000001-1 96620149000-0 16983582018-7 11400005019-4

28/11/2018

RS 198.62



COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

15 JAN. 2019

## PROTOCOLLO



PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROLETÁRIA, 38 - CENTRO  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59337-000 (AQ: 51)

Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL (BARRA REINDA MONOFÁSICO) R200, Km 25 - Crote Residencial João Pessoa / PB - CEP 56071-000  
Rotômetro: 2 - 55 - 525 - 1920 Nº medidor: 0003981252

Nota Fiscal / Conta de Energia ENECISA Nº 016 548 054  
Cód. pag. Déb. Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.004-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002  
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1	145	29
Demonstrativo						
CC Descrição		Quantidade Tarifas	Valor Base Cato	Alto Consumo (R\$)	Base Cato (R\$)	Cófito (R\$)
		Tarifa Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pot. Cato (R\$)	(1,004534) (4,995466)
0801	Consumo até 30kWh-ER	30,000 0,287890	8,63	8,63	27	2,33
0801	Consumo - 31 a 100kWh-ER	10,000 0,483540	34,54	34,54	27	8,32
0801	Consumo - 101 a 220kWh-ER	45,000 0,740300	33,31	33,31	27	8,89
0801	Adic. B. Amarela		1,07	1,07	27	0,30
0810	Subsídio		48,02	48,02	27	12,96
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		12,59	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018		0,60	0,00	0	0,00
0805	MULTA 11/2018		1,98	0,00	0	0,00
0805	Devolução Subsídio		-32,14	0,00	0	0,00

CC Código de Classificação do Item TOTAL 108,51 128,57 33,90 128,57 1,28 6,27

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

145

13/12/2018

R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 149 | 171 | 185 | 162 | 143 | 117 | 99 | 95 | 135 | 142  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

#### Indicadores de Qualidade

10/2018 - Base

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	24,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,48	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,97		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	13,95		
DICR	3,90		
DICR	12,22		

#### Composição do Consumo

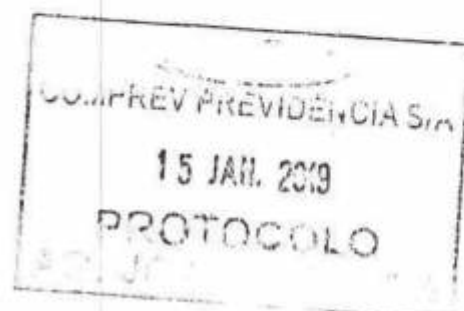
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	15,42	15,97
Consumo de Energia	25,27	24,21
Serviço de Transmissão	2,38	2,34
Encargos Setoriais	4,35	4,01
Encargos Operacionais e Encargos	58,51	52,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	108,51	100,00

Valor do EUSP (R\$) 10/2018: R\$ 22,65

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$32,14





2010年12月15日 星期三 晴

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 253–263

1992年12月14日，中国常驻联合国代表、副外长钱昆生向联合国秘书长加利致函，就中国对《公约》的态度，作了说明。

Environ Monit Assess (2008) 142:179–192

01471-10425 • 03-01-01 • <http://www.jci.org>

[illegible]

Call your Club Automatic: 800.68.WE3587

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Nov / 2018

21/11/2018

19/12/2018

010 542 224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

### Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
10/05/12	2072	20/11/12				
Demonstrativo						
CD - Grupo		Quantidade Faturada	Valor Faturado	Valor Faturado	Quantidade Faturada	Valor Faturado
		Faturado em 12/12/12	100,00	100,00	Faturado em 12/12/12	100,00
0001 - Consumo de Energia		200,00	100,00	100,00	100,00	100,00
0002 - Água e Esgoto		4,75	4,75	4,75	4,75	4,75
0003 - Aluguel Imóvel		2,25	2,25	2,25	2,25	2,25
VALOR TOTAL DE SERVIÇOS						
0004 - CONTRIBUIÇÃO DE ILUM. PÚBLICA		11,24	0,00	0,00	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

28/11/2018

RS 198.62

Historico de Consumo (kWh)

6	25	40	20	4	100	224	223	127	200	192	234
April 12	Dec 13	Jan 16	Feb 12	March	April 16	May 16	June 18	July 18	April 19	Sept 18	Oct 12

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

## Indicadores de Qualidade

[illegible]

## ATENÇÃO

## Faturas em atraso

• **Letting go of the past**

2. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b*

廖凡 周迅 葛优

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**
$$W_{\text{eff}} = 12 \times 5 = 60 \text{ t} = 490 \text{ kN}$$

本報記者 王曉明 專訪 香港中文大學社會工作系教授 李卓人

83640000001-1 96620149000-0 16983582018-7 11400005019-4

28/11/2018

RS 198.62



COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

15 JAN. 2019

# PROTOCOLLO



PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROJETADA, 08 - CENTRO  
CRUZ DAS ALMAS, 10000-000 / PB CEP: 55637000 (AQ 31)  
Emissão: 08/12/2018 - Referência: Dez / 2018  
Classificação: RESIDENCIAL / BANDA LARGA MONOFÁSICO  
Roteiro: 2 - 55 - 325 - 1478

**energisa**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
RUA DO COMÉRCIO, 100 - CENTRO, 55637-000, Foz de Iguaçu - PB CEP: 55637-000  
CNPJ: 08.055.180/0001-40 - Ins. Est. 15.045.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia: 016049004  
Cód. para DDD Automático: 000 089 1478

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.804-62 Ins. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato

\* Tabela Social da Energia Elétrica - TSEE aprovada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002  
- Exercício de apuração da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1	145	29
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor
				Base Cálculo	Alíq. (R\$/kWh)	Valor (R\$)
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,00	0,267090	8,01	8,01	0,26
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,00	0,483940	33,88	33,88	0,27
0801	Consumo - 101 a 200 kWh-BR	45,00	0,740300	33,31	33,31	0,38
0801	Adc. B. América	1,00	1,07	1,07	1,07	0,01
0810	Subsídio	48,02	48,02	27	12,96	48,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	12,99	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018	1,00	0,00	0	0,00	0,00
0806	DEVEDOR SUSCITO	32,14	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classificação de Sem TOTAL 108,61 126,57 33,90 126,57 1,38 8,27

Média Últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

142

13/12/2018

R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 149 | 171 | 193 | 152 | 143 | 117 | 95 | 95 | 129 | 142  
Out/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO	5,47	0,00
DC TENSÃO	17,94	NOMINAL
DC TENSÃO	25,89	220
DC TENSÃO	7,48	0,00
DC TENSÃO	5,97	CONTRATADA
DC TENSÃO	12,93	ENTRADA
DC TENSÃO	3,90	SAÍDA
DC TENSÃO	12,22	220

Comparação do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M da Energia Elétrica	19,42	18,87
Consumo de Energia	28,27	26,21
Serviços de Transmissão	2,86	2,64
Encargos Sociais	4,29	4,01
Impostos Diretos e Encargos	65,81	62,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	109,65	100,00

Valor de R\$ 108,51 em 13/12/2018

ATENÇÃO

Faturas em atraso

\* Sua unidade foi registrada como Banda Larga, tendo um desconto de R\$ 02,14

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
22 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20/04/2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROJETADA, 08 - CENTRO  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 55337-000 (AG. 51)  
Emissão: 26/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/BAIXA RENDIA MONOFÁSICO 220V, Fm25 - Ciclo Redutor: João Pessoa/PB - CEP: 55071-680  
Roteiro: 3-44-525-1829 Nº medidor: 0009991362



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.056.182/0001-40 Insc. Est.: 15.616.825-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.048.054  
Cód. para Dct. Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.854-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.  
- Energia de apresentação da Reserva 2016 de 10 a 16 de dezembro de 2018.  
- Reserva, apresente-se na sua Organização Múltiplo

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1			145		29
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alíq.	Valor	Base Calc.	Alíq.
0601	Consumo até 30kWh-ER	30,00	0,287900	8,63	0,20	27	2,33	0,20	0,43
0601	Consumo - 31 a 100kWh-ER	70,00	0,483540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	1,72
0601	Consumo - 101 a 220kWh-ER	45,00	0,743300	33,31	33,31	27	9,99	33,31	1,69
0601	Adic. B. Amarela	1,07	1,07	27	0,30			1,07	0,01
0610	Subsídio	49,02	49,02	27	12,95			49,02	0,53
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
9907	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			12,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00
9934	JUROS DE MORA 11/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
9935	MULTA 11/2018			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
9936	Devolução Subsídio			-32,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do bem TOTAL 108,51 129,57 89,90 135,57 1,38 8,37

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

142

13/12/2018

R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 291 | 149 | 111 | 185 | 182 | 143 | 117 | 99 | 95 | 136 | 142  
Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

#### Indicadores de Qualidade

12/2018 - Ene

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC/MENSAL	1,47	0,00	
Q4 TRIMESTRAL	1,74		
Q4 ANUAL	2,00		
Q3 TRIMESTRAL	1,46	0,00	
Q3 ANUAL	1,74		
Q2 TRIMESTRAL	1,74		
Q2 ANUAL	2,00		
Q1 TRIMESTRAL	1,74		
Q1 ANUAL	2,00		

#### Composição do Consumo

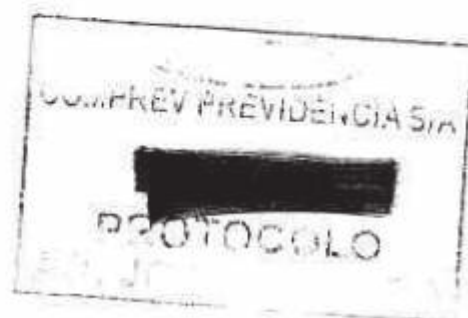
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PE	16,42	15,07
Consumo de Energia	36,27	34,21
Serviço de Transmissão	2,66	2,54
Encargos Setoriais	4,36	4,01
Encargos Sociais e Encargos	50,51	47,17
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>109,51</b>	<b>100,00</b>

Valor FUSD Ref: 10/2018: 184,22,00

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,14



UNION FEDERAL PREVIDENCIA S.A.  
PAGAR [REDACTED]  
PROTOCOLO  
08.62  
05019.4



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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.002.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

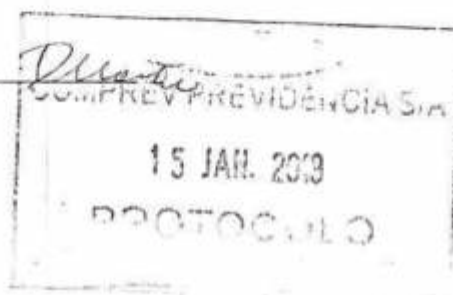
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
Telefone comercial(DDD): _____		Telefone celular (DDD): _____	

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.002.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

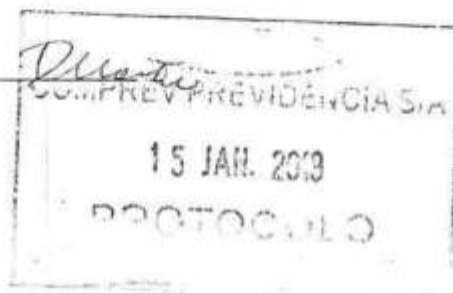
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): _____

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.002.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

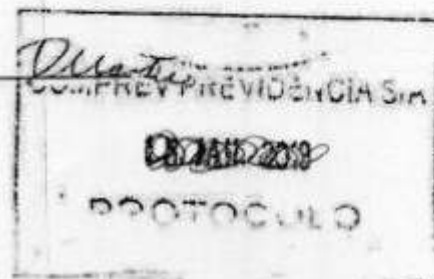
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
Telefone comercial(DDD): _____		Telefone celular (DDD): _____	

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864, 62 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paulo Pereira de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864, 62 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 Agente Fiscal José B. Duarte 157</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>Paraíba</u>	CEP: <u>58056-384</u>
Email: _____	Telefone comercial (DDD): _____	Telefone celular (DDD): _____	

João Pereira de Lima de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

03 JUN. 2019

PROJ. AG. JOÃO DE

COMPREV PREVIDÊNCIA SIM

PROTÓCOLO



## CERTIDÃO


Nº. 1573/2018

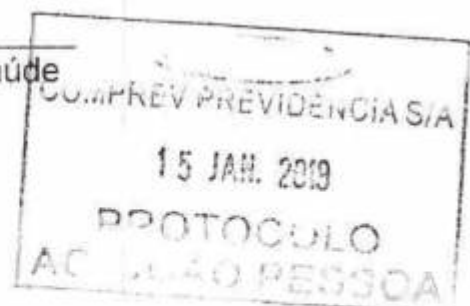
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Temp. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

[ ] Vômito

Observacao

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

COMPREV PREVIDENCIA Sim

15 JAN. 2018

PROTOCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AG. JOAO PESSOA

Queda de moto com  
fratura da perna esquerda.

Diagnostico

| Conduta

Prontuario medico medico E

Exame

| Horário da medicacao

07: Internação P/  
990 Cirúrgico  
2018

Dr. João P. P.  
Cirurgião Geral  
CRM 10.000/10000  
Cirurgia Geral



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A

EDIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

ACT

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. LIMA

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Exame físico

HDA: Exame físico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

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

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

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

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] 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-reposso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

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



Nome Paulo Pereitra Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>				<i>S82.5</i>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             COMPREV PREVIDÊNCIA S/A              15 JAN. 2019              PROTOCOLO           </div>	
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

*Realizado garroteamento de membro inferior*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

**Incisão:**

*Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo*

*Dissecação por planos até foco de fratura*

*Hemostasia com eletrocautério*

**Achados:**

*Visualização do foco da fratura*

**Conduta:**

*Realizada redução*

*Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso*

*Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50*

*Realizado RX controle*

*Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%*

**Fechamento:**

*Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele*

*Curativo*

*Tala bota*

**OBS:**

15 JAN. 2018

PROTOCOLO

**Data: 31/01/2018**

Marcos Vinícius F. Pinto  
CRM 134

**31 JAN. 2018**

**MÉDICO/CRM**



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>		DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>02 dias 06 DAS</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**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 90 dias.

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

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Cetoprofeno + cefalexina

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.

Mourice Arruda Felinto  
CRM 10.172 - RJ

**DATA**

**ASS. MÉDICO / C.R.M.**

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV PREVIDÊNCIAS, S.A.

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO

## CERTIDÃO


Nº. 1573/2018

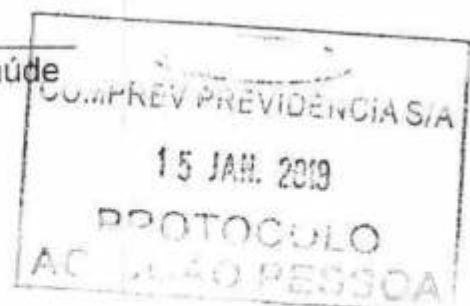
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

Nome DO PACIENTE  
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Tc. Abd: O2%:

Exame Principal

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA Sim

15 JAN. 2013

PROTOCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com  
fratura RN7 Est.

Diagnostico

Conduta

Prontuário médico médico E

Exame

Horario da medicacao

C7: Intermição P/  
990 C/100/10  
2013

Dr. João P.  
Cirurgião Geral  
CRM 10.000

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A

EDIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

ACT

DESTINO DO PACIENTE

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

*Paulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. LIMA

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Exame físico

HDA: Exame físico

Exame físico

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

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

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

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

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] 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-reposso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

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

Nome Paulo Pereitra Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>				<i>S82.5</i>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             COMPREV PREVIDÊNCIA S/A              15 JAN. 2019              PROTOCOLO           </div>	
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

*Realizado garroteamento de membro inferior*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

**Incisão:**

*Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo*

*Dissecação por planos até foco de fratura*

*Hemostasia com eletrocautério*

**Achados:**

*Visualização do foco da fratura*

**Conduta:**

*Realizada redução*

*Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso*

*Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50*

*Realizado RX controle*

*Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%*

**Fechamento:**

*Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele*

*Curativo*

*Tala bota*

**OBS:**

15 JAN. 2018

PROTOCOLO

**Data: 31/01/2018**

Marcos Vinícius F. Pinto  
CRM 134

**31 JAN. 2018**

**MÉDICO/CRM**

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>		DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>02 dias 06 DAS</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**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 90 dias.

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

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Cetoprofeno + cefalexina

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.

Mourbe Arruda Felinto  
CRM 10.172 - RJ

**DATA**

**ASS. MÉDICO / C.R.M.**

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV PREVIDENCIAS, S.A.

15 JAN. 2018

PROTÓCOLO





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PAULO P. LIMA Data da Admissão: 22/01/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: FRANCISCO GONZALVES  
HDA: FRANCISCO GONZALVES

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
22 ABR 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melenas ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

SME: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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



Nome Paulo Pereítra Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/01/2018</i>			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>				<i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>				<i>COMPREV</i> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 22 ABR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				<i>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</i> <i>13/01/2018</i> PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia  
Realizado garroteamento de membro inferior  
Assepsia + Antissepsia  
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo  
Dissecção por planos até foco de fratura  
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução  
Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso  
Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50  
Realizado RX controle  
Limpeza de ferida operatória com Sf a 0,9%

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
22 ABR 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele  
Curativo  
Tala bota

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
OBS:  
PROTOCOLO

Data: 31/01/2018

31 JAN 2018  
MÉDICO/CRM



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO AMARAL

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>		DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>06 dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO <small>(história, evolução, terapêutica, complicações)</small> <b>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <b>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</b> <b>REPOUSO:</b> Relativo em casa por <b>15 dias</b> . Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30 dias</b> . Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45 dias</b> e com esforço maior em <b>90 dias</b> . <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. <b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> <b>Cetoprofeno + cefalexina</b>					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em <b>21 dias</b> . Ao ambulatório do <b>Complexo Hospitalar Mangabeira</b> em <b>15/02/2018</b> para revisão.					
DATA <b>01/02/18</b>					
ASS. MÉDICO <b>/s/ M</b> <small>Maurício Arruda Feijó</small>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

ASS. MÉDICO **/s/ M**

Maurício Arruda Feijó

**15 JAN 2018**

**PROTOCOLO**





## CERTIDÃO

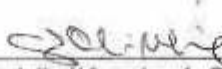
Nº. 1573/2018

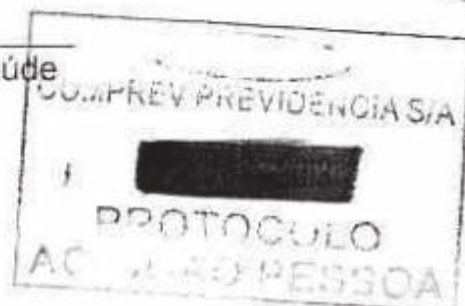
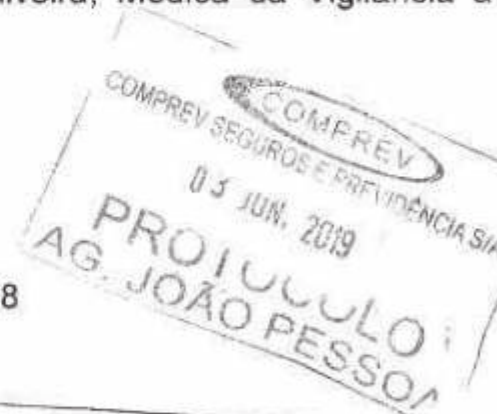
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
556-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atcd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEdia

DO PACIENTE

Fone: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Inc. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Exame Principal

Observação

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEdia

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

PROTOCOLADO

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AG. JOAO PESSOA

Queixa de muito Com  
dor no joelho Est.

Diagnostico

Conduta

Problema relacionado ao trauma

Exame

Horario da medicacao

C7: Intervenção P/  
990 C/100/10  
Rosa

Dr. JOAO PESSOA  
Médico ORTOPEdia  
CNPJ 08.000.000/0001-91  
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
556-384 JOAO PESSOA PB 58050-000



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

## ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

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

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCA S/A  
EDIMENTO REALIZADO

# PROTOCOL

## TESTING DO PACIENTE

1 Residencia

[ ] Transferido

[ ] Desistencia

11 UTI

] Alta a pedido

[ ] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☒

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do MeC

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. LIMA  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Fratura RNZ esquerda  
 HDA: Fratura RNZ direita  
queixa muito

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**  
**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
**Pele:** \_\_\_\_\_  
**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ 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-reposso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos  
**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_



Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>					<i>S82.5</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução

Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso

Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo

Curativo

Tala bota

OBS:

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
PROTUDO LG

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CR



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>		DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>06 dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (x) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (x) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					
<p><b>RESUMO CLÍNICO</b> (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)</p> <p>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>					
<p align="center"><b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b></p> <p><b>DIETA:</b> Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</p> <p><b>REPOUSO:</b> 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 90 dias.</p> <p><b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</p> <p><b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> Cetoprofeno + cefalexina</p>					
<p><b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.</p>					
<p align="center"><b>DATA</b> <b>01/02/18</b></p> <p align="right"><b>ASS. MÉDICO / C.R.M.</b> Maurício Arruda Fehnt</p>					
<p>Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, PREVIDÊNCIA S/A</p>					

PROTÓTIPO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO  
 AUTORIDADE NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO

NOME  
 PAULO FERREIRA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / OUT. SANCION. SP  
 2733201 SSP PB

CPF  
 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO  
 01/02/1982

RESIDÊNCIA  
 JOSE FERREIRA DE LIMA  
 MARIA JOSE CRISTIANO  
 DE LIMA

PERMISSÃO  
 ACC CATIA  
 AB

Nº REGISTRO  
 03138194186 VALIDADE  
 11/12/2022 1ª EMISSÃO  
 19/12/2003

VÁLIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1548991117

OBSERVAÇÕES

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1548991117

Assinatura do titular

LOCAL  
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
 12/12/2017

Assinatura do titular

60848359803  
 PB035875143

PARAÍBA

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A  
 15 JAN. 2019  
 PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

IDENTIFICAÇÃO: CNH PARTES DE  
2227718 SEP PB

CN 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982

FUNÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PRIMEIRO 01051269660

VALIDADEZ 16/01/2015 1ª EMISSÃO 29/06/2001

VALIDADEZ EM TODOS  
O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

DETRAN - PB (PARAÍBA)

PRIMEIRO PLASTIFICAR  
894056231

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
17/01/2014

Assinatura do Detentor  
Rodrigo Cunha/ho

66588356744  
28027819595

DETRAN - PB (PARAÍBA)

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO  
 AUTORIDADE NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO

NOME  
 PAULO FERREIRA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / OUT. SANCION. SP  
 2733201 SSP PB

CPF  
 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO  
 01/02/1982

RESIDÊNCIA  
 JOSE FERREIRA DE LIMA  
 MARIA JOSE CRISTIANO  
 DE LIMA

PERMISSÃO  
 ACC CATIA  
 AB

Nº REGISTRO  
 03138194186

VALIDADE  
 11/12/2022 1ª EMISSÃO  
 19/12/2003

VÁLIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1548991117

OBSERVAÇÕES

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1548991117

Assinatura do titular

LOCAL  
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
 12/12/2017

Assinatura do titular

60848359803  
 PB035875143

PARAÍBA

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A  
 15 JAN. 2019  
 PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

IDENTIFICAÇÃO: CNH PARTES DE  
 2227718 SEP PB

CN  
 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
 21/08/1982

FUNÇÃO  
 ALEXANDRE DE ARAUJO  
 DUARTE  
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO  
 01051269660

ACD  
 16/01/2015

EXAME  
 29/06/2001

VALIDADE EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 894056231

PROVIDÊNCIA PLASTIFICAR  
 894056231

DETRAN - PB (PARA JDA)

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 15 JAN. 2019  
 PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS PESSOAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PAULO PEREIRA DE LIMA



DOC. IDENTIFIC. / END. IMPRESSO Nº  
 2733201

CPF  
 047.313.864-62

DATA DO NASCIMENTO  
 01/02/1982

NOME  
 JOSE PEREIRA DE LIMA

MARIA JOSE CRISTIANO  
 DE LIMA

RG  
 03138194185

VALIDADEZ  
 11/12/2022

1ª EMISSÃO  
 19/12/2003

VÁLIDA EM TODO  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1548991117

PROVEDOR PLASTIFICAR  
 1548991117

Assinatura do titular  
 ASSINATURA DO TITULAR  
 JOAO PESSOA, PR  
 12/12/2017  
 60848359803  
 PRO35878143  
 PARAIBA

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 22 ABR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.  
 08 JAN 2019  
 PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE

049.502.794-74 21/09/1974

ALEXANDER DE ARAUJO DUARTE  
 MARCIA CESAR DUARTE

01061249460 16/01/2019 29/06/2001

VÁLIDA EM TODOS  
 E TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 894056231

DETRAN

Alexandra Cesar Duarte  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

JOAO PESSOA, PB 17/01/2014

Rodolfo Carneiro  
 44586356744  
 08027819300

DETRAN - PB - CARAÍRA

PROBANDO PLASTIFICAR  
 894056231

COMPREV  
 ROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2019

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN 2019

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIDADE

**PAULO PEREIRA DE LIMA**

**1548991117**  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**031381941E5**

**047.313.864-52**

**01/02/1982**

**JOSE PEREIRA DE LIMA**  
**MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA**

**12/12/2022**

**19/12/2003**

**JOÃO PESSOA, PB**

**12/12/2017**

**60848359803**  
**P8035875143**

**PARAÍBA**

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 03 JUN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

**COMPREV PREVIDENCIA S/A**  
**PROTOCOLO**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTeira NACIONAL DE VEICULOS

NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE

ESP. IDENTIDADE / OUT. PASSAP. Nº: 200716 / 000 / 00

CH: 046.502.754-74 / 21/00/2002

RENCHO: ALEXANDER DE ARAUJO DUARTE  
 MURCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO: ☒ AUTOMOBILISTA ☐ APT. ☐ CAT. 10

Nº IDENT. 01051289660 / 16/01/2013 / 29/06/2001

Assinatura do Titular: *Alexandra Cesar Duarte*

Assinatura do Emissor: *Rodolfo Carneiro*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB / DATA EMISSÃO: 17/01/2014

66588356744 / 20027912595

DETRAN - PB (PARANÁ)

PROIBIDA PLASTIFICAR  
 894056231

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 894056231

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 PROTOCOLO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013747635120  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 201700034259052

1 0097262158-0 00/00000000 2017

PAULO PEREIRA DE LIMA

04731386462 NOF8316/PB

NOVO PB 9C2JC30708R194749

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA  
HONDA/CG 125 FAN 2009 2009

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000  
00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000  
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000  
DATA DE PAGAMENTO 01/09/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

BAYEUX-PB 36633 08/09/2017 8290

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

PB Nº 013747635120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 023 1204

01/09/2017

04731386462 NOF8316/PB

HONDA/CG 125 FAN

9C2JC30708R194749

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
P A G O 01/09/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ 09.343.661/0001-04

8290-1151565-20170901

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747635120  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 000 RENAVAM - 20170000342590-2  
1 0097262158-0 00/00000000 2017

PAULO PEREIRA DE LIMA

04731386462

MOF8316/PB

NOVO PB 9C2JC30708R194749

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

2008 2008

2 P/124 /CI

PARTIC

PRETA

00/00/0000

1º

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

P A G O

01/09/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

BAYEUX-PB

LOCAL

DATA

36633

8290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747635120 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

3008

0

005703010681001146

2017

01/09/2017

VIA

04731386462

MOF8316/PB

RENAVAM

00972621580

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

2008

CHASSI

9C2JC30708R194749

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

\*\*\*\*\*

DETRAN (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

ESTRABRAME PED SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

01/09/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.349.608/0001-04

8290-1151565-20170901

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC IDENTIDADE / CDS BARRAS (R\$)

2733201

ESP

PB

CNP

047.313.864-62

DATA NASCIMENTO

01/02/1982

FUNÇÃO

JOSE PEREIRA DE LIMA

MARIA JOSE CRISTIANO

DE LIMA

PERMISO

ACC

CENAL

1º REGISTRO

03138194186

VALIDADE

11/12/2022

1º REGISTRO

19/12/2003

OBSERVAÇÕES

Assinatura do titular

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

12/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

60848359803

PB035875143

PARAIBA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
19 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

## 548991117 PROHIBIDO PLASTIFICAR



**MOF8316**

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: MOF8316

Combustível: **GASOLINA**

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2008

Ano Modelo: 2008

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 30/08/2019

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: **BAYEUX**

Situação: **EM CIRCULACAO**

Data da Consulta:18/04/2019

**GASOLINA**

2008 2008

### PARTICULAR PRETA

30/08/2019

## BAYEUX

18/04/2019

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 APR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		<b>MOF8316</b>	
		<div>Imprimir Consulta</div>	
<div>2019</div> <div>*****</div> <div>MOF8316</div> <div>PASSA / MOTOCICLET</div> <div>HONDA/CG 125 FAN</div> <div>GASOLINA</div> <div>2008 2008</div> <div>PARTICULAR PRETA</div> <div>30/08/2019</div> <div>BAYEUX</div> <div>29/05/2019</div>		<div>Último Licenciamento: 2019</div> <div>Proprietário: *****</div> <div>Placa: MOF8316</div> <div>Combustível: GASOLINA</div> <div>Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN</div> <div>Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET</div> <div>Ano de Fabricação: 2008</div> <div>Ano Modelo: 2008</div> <div>Categoria: PARTICULAR</div> <div>Cor Predominante: PRETA</div> <div>Vencimento Licenciamento: 30/08/2019</div> <div>Observação:</div> <div>Restrição:</div> <div>Financeira:</div> <div>Município: BAYEUX</div> <div>Situação: EM CIRCULACAO</div> <div>Data da Consulta: 29/05/2019</div>	





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013747635120  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20170000342590-2  
VIA 1 0097262158-0 00/00000000 2017

PAULO PEREIRA DE LIMA

04731386462

MOF8316/PB

NOVO PB 9C2JC30708R194749

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

2 P/124 /CI PARTIC

PRETA

00/00/0000

1ª

2ª

3ª

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 01/09/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

BAYEUX-PB

01/09/2017

36633

8290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747635120 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

2017 01/09/2017

1 04731386462 MOF8316/PB

00972621580 HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2008 DAT. INF. 9 9C2JC30708R194749

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE DURACAO 01/09/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

8290-1151565-20170901

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**ARQUIVO NACIONAL DE IDENTIFICACAO**

NOME: PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR: 2733201 SSP PB

CPF: 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO: 01/02/1982

FUNÇÃO: JOSE PEREIRA DE LIMA MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

PERMISSAO: ACC: CHAMA: AN

Nº REGISTRO: 0112011117 VIGENCIA: 19/12/2003

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: [Assinatura]

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 12/12/2017

Assinatura do Emissor: [Assinatura] 60848359803 PB035875143

**PARAIBA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1548991117

PROIBIDO PLASTIFICAR 548991117

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
[Assinatura]  
**PROTOCOLO**  
AG. JOAO PESSOA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
[Assinatura]  
**PROTOCOLO**  
AG. JOAO PESSOA



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201,  
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, 08 Centro,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4900, 99105-5363.

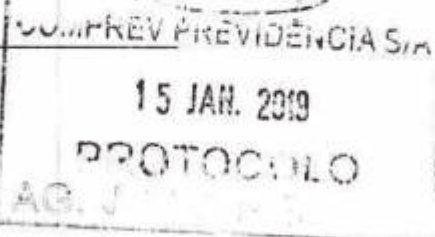
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA AUGUSTO KLEINER, S/Nº - FRENTE DEUS - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX 3331-4079  
Reconhecimento Por Autenticidade a firma de PAULO PEREIRA DE  
LIMA, CPF nº 047.313-864-62, 07/01/2019 10:42:04 Emol  
R\$9,91 Fardem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da  
verdade. Tabelião CELEIDA CORREIA PEREIRA SILVA. Selo  
Ditoal 44238596-1FZ8 - 10/01/2019  
https://selodigital.tst.joao.pessoa.pb.gov.br



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Paulo Pereira de Lima,  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201,  
CPF/MF nº 047.313.864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, 08 Centro,  
Cidade de Paraupeba do Espírito Santo, Estado  
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Data do Sinistro: 27/01/2018 Natureza: Invalidez

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

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



**CARTÓRIO CELEIDA**  
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
 COMARCA DA CAPITAL  
 Rua J. P. de Albuquerque, s/nº - PRIMEIRO ANDAR - CEP 50750-000 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO  
 Tel: (51) 3021-4078  
 Fax: (51) 3021-4079  
 E-mail: celeida@celeida.com.br  
 Site: www.celeida.com.br  
 Registro de Autenticidade a firma de PAULO PEREIRA DE LIMA, 07/01/2019 10:42:04 Encl  
 K39.91 Fardem:R30.29 Fept:R31.98, ISS:R40.50. Em test da  
 Verdade, Labelia CELEIDA, Diretor FISCAL, Selo  
 Digital 44238596-RF28 (assinado)  
 https://selodigital.br/assinatura/

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201,  
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, 08 Centro,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4900, 99105-5363.

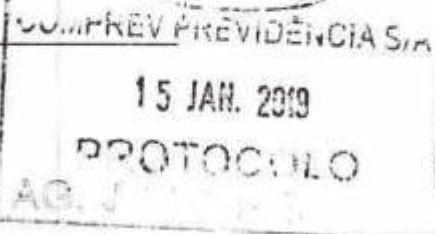
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,  
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA AUGUSTO KLEINER, S/Nº - FRENTE DEUS - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX 3331-4079  
Reconhecimento Por Autenticidade a firma de PAULO PEREIRA DE  
LIMA, CPF nº 047.313-864-62, 07/01/2019 10:42:04 Emol  
R\$9,91 Fardem: R\$0,29 Fepi: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da  
Verdade. Tabelião CELEIDA CORREIA PEREIRA SILVA. Selo  
Ditoal 44238596-1FZ8 - João P.  
https://selodigital.tst.joapb.jus.br/



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201  
CPF/MF nº 047.313.864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, nº 8 Centro  
Cidade de Aracruz do Espírito Santo Estado  
Pernambuco, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4903, 99105-5263.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Por Ruyosoc, 07 de Janeiro de 2019

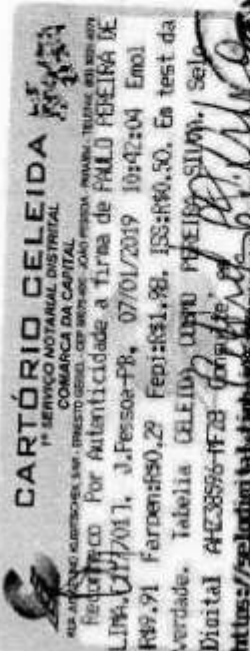
Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

## PROTOCOLLO

AG-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTeira NACIONAL DE VEICULOS

NOME  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

ESP. IDENTIDADE / OUT. PASSAP. Nº  
 200716

CPF  
 046.502.784-74

DATA NASCIM.  
 21/08/1982

RENCHO  
 ALEXANDER DE ARAUJO  
 DUARTE  
 MURCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO  
 16/01/2015

1ª EMISSÃO  
 29/06/2001

VALIDEZ EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 894056231

Assinatura do titular

Assinatura do representante

LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
 17/01/2014

Assinatura do representante

66588356744  
 22027912595

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 894056231

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 PROTOCOLO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135074/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092906/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187027/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/06/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019  
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-0016371/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA