
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190405143

Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA

Data do Acidente: 11/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENNAN SABINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima	Nome completo da vítima:
	703.507.564-06	RENNAN SABINO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RENNAN SABINO DA SILVA	703.507.564-06	
Profissão:	Endereço:	Número:
BALCONISTA	R. PAULO ANTONIO B. POETEIA	244
Bairro:	Cidade:	Estado:
GRAMAME	JOAS PESSOA	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53067-242	

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)

AGÊNCIA: 1456 CONTA: 17556 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Joas Pessoa - PB 04/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Ren nan Sabino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07088.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07088.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:48 horas do dia 27 de junho 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rennan Sabino da Silva**, CPF nº 703.507.564-06, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Balconista, filho(a) de Gerlane Barbosa da Silva e Manoel Sabino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/03/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Funcionário Público Paulo Antonio Bastos Portelas, Nº 244, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Frigorífico, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Francisco Medeiros e Silva, Parque do Sol, Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/03/19 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303; LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo o notificante relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES / ANO E MODELO 2013, de cor preta, placa: OFY 5144/PB, Chassi nº 9C2D055OD357341, registrado em nome de Manoel Sabino da Silva, pai do notificante; QUE seguia normalmente quando um animal (cavalo) cruzou na frente do notificante, onde o mesmo notificante veio a atropelar o animal, que devido ao impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18/06/2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar CID S00,9, S010 S,017 E S02,7.

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, 27 de junho de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


RENNAN SABINO DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima	Nome completo da vítima:
	703.507.564-06	RENNAN SABINO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RENNAN SABINO DA SILVA	703.507.564-06	
Profissão:	Endereço:	Número:
BALCONISTA	R. PAULO ANTONIO B. POETEIA	244
Bairro:	Cidade:	Estado:
GRAMAME	JOAS PESSOA	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53067-242	

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

RENTA 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)

AGÊNCIA: 1456 ☐ CONTA: 17556 ☐ 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Joas Pessoa - PB 04/07/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Ren nan Sabino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 904/043, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2376651, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RENNAN SABINO DA SILVA** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x cavalo)** no dia 11/03/2019, na R. Francisco Medeiros e Silva, Bairro: Parque do Sol/Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/Sª Regional: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENNAN SABINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000017556-5

Nr. da Autenticação 8B72B4E1E1C1BDE2



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Pádua Lima, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

CONTO COM A ESCOLA
INSCRIÇÃO
MATRICULA
67348130
REFERENCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MANUEL SABINO DA SILVA
RUA PAULO ANTONIO B PORTELA, 244 - GRAMAME JOAO
PESSOA PB 58067- 242

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.092.690.0351.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A00X163508	29/11/2001	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL

Anterior	Atual	Consumo (M3)	Núm de Dias	Próxima Leitura
1434	22	30	30/06/2019	

HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

Período	Consumo	Parâmetros	Exig.	Análise	Conforme
MAI/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS. CONFORMES
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284
MAR/2019	22	8	CLORO	268	284
FEV/2019	22	8	COL. TERHOT	0	0
JAN/2019	22	4	COR	73	102
DEZ/2018	22	1	COL. TOTAIS	268	284
MEDIA(M)	22		DADOS REFERENTES A: ABR/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:19:49

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE	10 M3	67,65
ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3	12 M3	140,64
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2019		4,19
JUROS DE MORA 03/2019		1,71
FATURAS EM ATRASO		
REF 201905 213,83		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,27 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 15/06/2019 Total a Pagar: R\$ 214,19

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDIÇÃO DO FATORAMENTO: MEDIA DO HIDROMETRO TIPO DE TARIFA: 1
 ANORMALIDADE: HIDROMETRO SOTERRADO
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 ATENÇÃO: TRABALHEMOS EM JUNTAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: MANOEL SABINO DA SILVA

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 4896100 SSOS /PB

CPF: 703.507.564-06 DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1990

PROFISSÃO: MANOEL SABINO A SILVA

ENDEREÇO: GRAMAME BARROSA DA SILVA

DATA DE EMISSÃO: 15/04/2021 VALIDADE: 06/02/2027

1633680923

PARAÍBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 01 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Filho, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
DÊ QUELHES E PREENCHA O
MATRÍCULA

67346502

REFERENCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

BERTRAND DE SOUSA NOBREGA
RUA JOAO BATISTA T DE CARVALHO, 42 - GRAMAME JOAO
PESSOA PB 58067- 210

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.092.640.0037.000	0001	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N406012	30/10/2015	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
734	23	30	30	30/06/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.
MAI/2019	24	60	PARAHETROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	26	60	TURBIDEZ	268	284	282
MAR/2019	24	60	CLORO	268	284	284
FEV/2019	23	60	COL.TERMOT	0	0	0
JAN/2019	21	60	COR	73	102	101
DEZ/2018	20	60	COL.TOTAIS	268	284	284
MEDIA(M)	23					

DADOS REFERENTES A: ABR/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:51:26

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3

ESGOTO

FATURAS EM ATRASO

REF 201904 127,99

REF 201905 118,05

10 M3	37,91
10 M3	48,90
3 M3	19,35

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS - R\$ 0,82 DTS E COMISS. LET 33.743/13

VENCIMENTO:

15/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 106,16



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDROME TIPO DE TARIFA: 1

ANORMALIDADE: CASA FECHADA

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 01/05/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO AOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67346502	JUN/2019	15/06/2019	R\$ 106,16

82600000001 6 06160010001 2 06734650201 5 06201950003 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANISIO FRANCISCO LIMA NETO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.745.984-144, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RENNAN SABINO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.507.564-06

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RENNAN SABINO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.507.564-06, 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>R. JOÃO BATISTA TEIXEIRA DE CARVALHO</u>	Número: <u>42</u>	Complemento:
Bairro: <u>GRAMAME</u>	Cidade: <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ANISIOJURIDICO@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58067-210</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 98833-4286</u>

Local e Data: _____

x Rennan Sabino da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central (ludivoria): 0800 021 91 35

Eu, MANUEL SABINO DA SILVA

RG nº 2001999, data de expedição 1/1/

Órgão _____, portador do CPF nº 023.662.684-16

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de

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

R: PAULO ANTONIO B. BOMELA, nº 244

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

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

RENNAN SABINO DA SILVA, cujo o condutor era

RENNAN SABINO DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 150 ABS Ano: 2013

Placa: OFY-5144 Chassi: 962KDD550DR357341

Data do Acidente: 11/03/19

Local e Data:

João Pessoa - PB 01/07/19

Manuel Sabino da Silva

Assinatura do Declarante

Rennan Sabino da Silva

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

ILIA JUSCELYNE KUBSCHEK, SMT. ERNESTO OSSO, - CEP 58015-400 - JOÃO PESSOA - PARANÁ - TELEFAX: (41) 3091-4078

Reconheço Por Semelhança a firma de MANUEL SABINO DA SILVA, [12376], J. Pessoa - PB, 01/07/2019 13:38:57 Emol R\$9,91 Farpens: R\$0,29 Fepis: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da verdade, Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA, Selo Digital AIS94716-440K - Consulte em

<https://selodigital.vtiob.us.br>



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENNAN SABINO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 17/03/98
NOME DA MÃE GERLANE BARBOSA DASILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.148.469
Nº PRONTUARIO 114.524
DATA DO ATENDIMENTO 11/03/19
HORA DO ATENDIMENTO 22:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO DO COURO CABELUDO + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFORT III)
CID 10 S 00.9 + S 01.0 + S 01.7 + S 02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x cavalo), trazido pelo SAMU, apresentando TCE + perda de consciência, cefaléia, ferimento corto-contuso em couro cabeludo, trauma importante de face com escoriações, edema, ferimento corto-contuso e abrasivo em região uperciliar E, edema e equimose ocular E e zigomática E, lábio superior e inferior + dorso nasal, além de escoriações em transição tóraco-abdominal D. Refere uso de bebida alcoólica. Glasgow 14. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (parassínfise mandibular + Le Fort III) à TC da face. Ferimento do couro cabeludo + ferimentos múltiplos da face. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Leonardo Mendes e equipe da BucoMaxilo Facial.

ALTA HOSPITALAR: 24/03/19
DATA DA EMISSÃO: 18/06/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C. B. B. E. T. S. H.
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB


Identificação do paciente

ID 1383853	Nome RENNAN SABINO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20 anos 11 meses 22 dias	Estatu civil Solteiro
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA	Pai MANOEL SABINO DA SILVA	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE
Escolaridade	DDD Móvel 83	Fone Móvel 99417680
DDD Fone	Fone Fone	NP Cms 700407497144546
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4096180	UF PB
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	CBOIR
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	

Endereço

CEP 58067215	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL)
Número 90	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 11/03/2019 22:30:54	Número da pulseira 1000007266286	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Paciente vítima de trauma, apresenta ingestão de álcool, escoriações em face, com lacerações e corte contuso em corno calhudo e do 4º.

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA

Tempo
03min

Imprimir

Emeraldina Ana de Sousa
COREN - PB 257268 - ENF

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RENNAN SABINO DA SILVA		BAE 1148459	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA		Prontuário		
Endereço ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES		Nº Cons. Regional 4072/
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 06:26:59		

Anamnese

BMF

Ei. EMPO

AO EXAME DE IMAGEM (TC DE FACE) APRESENTA TRAÇO SUGESTIVO DE FRATURA DE PARASÍNFISE MANDIBULAR + FRATURA DO TIPO LE FORT III.

CD:

1-AVALIAÇÃO

2-SUTURA

3-ODONTOSÍNTESE

4-ORIENTAÇÕES

5-INTERNO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA DAS FRATURAS DOS OSSOS DA FACE.

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIQUIDA E PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H



DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

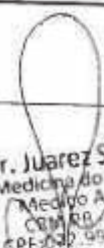
ÁREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente RENNAN SABINO DA SILVA		BAE 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA		Prontuário		
Endereço ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JUAREZ SILVESTRE NETO		Nº Cons. Regional 11302/PB
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 01:20:19		
Anamnese				
#CIRURGIA GERAL				
CIENTE SEM QUEIXAS QUE COMPRETEM A CIRURGIA GERAL, AVALIO EXAMES DE IMAGEM, SEM TERAÇÕES.				
CD: 1- ALTA DA CIRURGIA GERAL				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta				
Em observação				


Dr. Juarez Silvestre
Medicina do Trabalho
Médico Auditor
CRM/RB 11302
CPE-002.993.054-3

RENNAN SABINO DA SILVA

JUAREZ SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RENNAN SABINO DA SILVA		BAE 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA		Prontuário		
Endereço ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional AUTRAN DA NOBREGA ALVES	Nº Cons. Regional 4072	
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 23:35:10		

Anamnese

#BMF#

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM USO DO CAPACETE, NÃO SABE PRECISAR HÁ QUANTO TEMPO. NEGA EPISÓDIOS DE VÔMITO E AFIRMA PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. DOENÇAS DE BASE E USO DE MEDICAÇÕES. AFIRMA TER FEITO USO DE MEDICAMENTO ANTIVIRAL HÁ DOIS DIAS PARA HERPES. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM MACA, NA ÁREA VERMELHA, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE, CONSCIENTE, ATIVO E EM BOM ESTADO GERAL.

- AO EXAME FÍSICO: APRESENTA FERIMENTO CORTO CONTUSO E ABRASIVO EM REGIÃO SUPERCILIAR ESQUERDA (COM NECESSIDADE DE SUTURA), EDEMA E EQUIMOSE EM REGIÃO OCULAR ESQUERDA. ZIGOMÁTICA ESQUERDA, EM LÁBIOS SUPERIOR E INFERIOR E EM DORSO NASAL, MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, CREPITAÇÃO E DEGRAU ÓSSEO EM SINFISE, CREPITAÇÃO E MOBILIDADE EM MAXILA, EPISTAXE, EDEMA E ABRASÃO EM REGIÃO MASSETÉRICA DIREITA. SINAIS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE FRATURA DE SINFISE E DE MAXILA.

CD:

- 1 - AVALIAÇÃO BMF;
- 2 - LIMPEZA DOS FERIMENTOS EM FACE;
- 3 - SOLICITO TC DE FACE PARA COMPLEMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA;
- 4 - AGUARDO RETORNO PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA E ODONTOSSÍNTESE EM MANDÍBULA;
- 5 - OBSERVAÇÃO BMF.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

Conduta

Em observação

RENNAN SABINO DA SILVA

Autran da Nobrega Alves
BUCO-MAXILO-FACIAL
PRO PS: 4072
AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(: 4072)

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RENNAN SABINO DA SILVA		BAE 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA		Prontuário		
Endereço ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO		Nº Cons. Regional 4687/PB
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 01:20:29		
Anamnese NEUROCIRURGIA - ACIDENTE MO X CAVALO, COM TRAUMA IMPORTANTE DE FACE, REG, EUPNEICO, ESCORIAÇÕES, EDEMA EM FACE, GLASGOW 14, SEM DÉFICITS APENDICULARES. TC SEM LESÕES UROCIRÚRGICAS. CD.: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA PROCEDIMENTO BUCOMAXILOFACIAL.				
Conduta Em observação				

RENNAN SABINO DA SILVA

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente RENNAN SABINO DA SILVA		BAE 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Baixa
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20a 11m 23d	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Telefone de Contato (83) 99417680
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA				Prontuário
Endereço ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO		Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 11/03/2019 22:30:54		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 22:56:20		

Anamnese

PACIENTE REFERE INGESTA ALCOÓLICA, TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE COLISÃO MOTO X CAVALO APRESENTANDO:

A) AS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, SATO2: 100% EM AR AMBIENTE

C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL PA: 160X80MMHG, FC:85BPM

D) ECGL:15, PERDA DA CONSCIÊNCIA, CEFALÉIA, NEGA NÁUSEAS OU VÔMITOS, MOVIMENTA O3 QUATRO MEMBROS

E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, ESCORIAÇÃO NA TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL DIREITA. TRAUMA EM FACE/CRÂNIO COM LESÕES CORTOCONTUSAS. SEM DOR TORÁCICA OU LOMBAR.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

VAT: NÃO SABE INFORMAR.

CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO

PRESCREVO VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA E TETANOGAMMA AMBULATORIALMENTE POR FALTA NO HOSPITAL

RX ++ FAST + TC DE CRÂNIO

AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA + CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL.

MEDICAÇÃO

1. SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0.0 (MGTSM)

2. TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAMA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMAGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

Conduta

Internar Paciente

RENNAN SABINO DA SILVA

Autran da Mota Rega Alves
Cirurgia BUCO-MAXILO-FACIAL
AUTRAN DA MOTA REGA ALVES
(: 4072)

AV. ORESTES LISBOA, 8n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: LEONARDO
ROCHA MENDES CAMPOS
Em: 21/03/2019 13:08:44

Nome RENNAN SABINO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Prontuário 114524
Tempo de Internação 9d 4h 25min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Internação 12/03/2019 08:43:55	Permanência na Unidade: 9d 14h 38min	Permanência no Leito: 4d 17h 4min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS - 21/03/2019 13:06:48)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO E OSTEOSINTESE DE FRATURA LE FORT III E COMPLEXA DE MANDIBULA SOB ANESTESIA GERAL. CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 005

Profissional responsável pela informação: LEONARDO ROCHA MENDES CAMPOS

Número Conselho: 3269

Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
e Implantodontista
CRO-PB 3269

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: RODOLFO
TORRES SOARES
BOULITREAU
Em: 17/03/2019 10:20:30

Nome RENNAN SABINO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/03/1998	Idade 20	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Prontuário 114524
Tempo de Internação 5d 1h 37min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Internação 12/03/2019 08:43:55	Permanência na Unidade: 5d 11h 56min	Permanência no Leito: 14h 16min	

EVOLUÇÃO MEDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 17/03/2019 10:19:20)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

Paciente vitima de acidente motociclístico em 5 DIH. No momento encontra-se consciente, orientado, eupneico em BEG. Ao exame físico apresenta edema generalizado em face em fase de regressão + hematoma e equimose periorbitaria bilateral. Ao exame tomográfico apresenta sinais indicativos de fratura de mandíbula (parasinfise D) + Le Fort III. Aguarda melhora do quadro para posterior conduta cirúrgica BMF.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 005

Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Conselho: 3777


Dr. Rodolfo Torres Soares Boulitreau
17/03/2019

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: RODOLFO
TORRES SOARES
BOULITREAU
Em: 16/03/2019 10:18:20

Nome: RENNAN SABINO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1148469	Data/Hora Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data/Hora Saída
Data de nascimento 17/03/1998	Idade: 20	Sexo Masculino	CNS 700407497144546	Prontuário 114524
Tempo de Internação 4d 1h 35min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 11/03/2019 22:30:54	Data Internação 12/03/2019 08:43:55	Permanência na Unidade: 4d 11h 48min		Permanência no Leito: 4d 1h 35min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 16/03/2019 10:09:55)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:


BMF

Paciente vítima de acidente motociclístico em 4 DIH. No momento encontra-se consciente, orientado, eupneico em BEG. Ao exame físico apresenta edema generalizado em face em fase de regressão + hematoma e equimose peri-orbitária bilateral. Ao exame tomográfico apresenta sinais indicativos de fratura de mandíbula (parasinfise D) + Le Fort III. Aguarda melhora do quadro para posterior conduta cirúrgica BMF.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Número Controle: 3777


RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
CRO-PB 3717



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHZ

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSHZ

21/03/19

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ramon Sogino da Silva

6 - Nº DO PROTOCOLO

11482465

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

10 - NOME DO MEIO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID - RGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - CAUSALIDADE DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - PROCEDIMENTO PRINCIPAL

23 - CÓDIGO PRINCIPAL

24 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

25 - CÓDIGO LOCAL SANITÁRIO

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

28 - TIPO DE UTILIZAÇÃO

29 - TIPO DE UTILIZAÇÃO

1 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
2 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
3 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
4 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
5 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
6 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
7 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
8 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
9 - Implante de 2,4 x 1,5 mm
10 - Implante de 2,4 x 1,5 mm

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 01 - TUE

31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 02 - TUE

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 03 - TUE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 04 - TUE

DISPENSAÇÃO - CME

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

1 - Produto de 2,4 x 1,5 mm
2 - Produto de 2,4 x 1,5 mm

Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
e Implantodontista
CRO-PB 3269

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO INTERESSADO(A) AUTORIZADO(A)

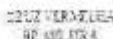
44 - COORDENADOR EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ENDEREÇO

47 - DOCUMENTO IDENTIFICATÓRIO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



1155

NOME DO PACIENTE Roman Sabino de Silva

IDADE 20 **SEXO** M **UF** SP **CNPJ** 11.484.692

ENTRADA 11/03/19 **LITRO**

CIRURGIAS Trat. cirúrgico de redução do septo 3 + os tecidos em caso de mau de trui

CIRURGEÃO Leonardo Mendes + Gabriel R2

ANESTESIA Geral

ANESTESISTA Daniel

INSTRUMENTADOR

DATA 21/03/19 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIAL** 07:50 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INTERMÉDIA** 12:15 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FINAL** 08:10 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA TOTAL** 12:30

ÍNDICE DE RISCO DE CROMÓFILA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I (ASA I) ASA II (ASA II) ASA III (ASA III)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANIL	SRL 500ml	FECHO Nº 18		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOMÉRICA	SF 300ml	FECHO Nº 20		FILO CAT. GUT. CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		FECHO Nº 22		FILO DE AÇO Nº 0
CETAMPOL	SF 100ml	FECHO Nº 24		FILO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICO		FILO DE NYLON Nº 5-0
ETomidato	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº 11		FILO DE NYLON Nº
FENDORFENAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº 15		FILO DE NYLON Nº
FENTANIL	PVP DESINFECTANTE	LÂMINA BISTURI Nº 1		FILO POLIGLACTINA Nº 4-0
FLOXAZENIL	NOVA TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº 24		FILO POLIURETANO Nº
HIDROLORANO	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DESINFECÇÃO		FILO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA CV VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE EXERCITO		FILO POLIPROPYLENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA SV VASO	MATERIAIS	LAVA DE PROCESSAMENTO PAD.		FILO POLIPROPYLENO Nº
LIDOCAÍNA CV VASO	AQUILA 13x4,1	LAVA ESTÉRIL Nº 10		FILO POLIPROPYLENO Nº
LIDOCAÍNA SV VASO	AQUILA 25x07	LAVA ESTÉRIL Nº 15		FILO PDS CAPROXIL Nº
MIBAZOLAM	AQUILA 25x04	LAVA ESTÉRIL Nº 18		FILO SEDA Nº
MORFINA	AQUILA 40x12	LAVA ESTÉRIL Nº 3		FILO CARDIACA
NIMBINE	AQUILA PERIDURAL Nº 18	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
PANELERÔNIO	AQUILA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		GATEIX DE PVC
PRIFENINA	AQUILA PERIDURAL Nº 18	PERFORADOR DE SORO		DIAPHRAGMA CIRÚRGICO
PROPOFOL	AQUILA RAQUID Nº 25G	SCALE Nº 19		CLIP TIPO UNIDURO
RAMPANTIANIL	AQUILA RAQUID Nº 25G	SCALE Nº 21		FILO DEKASCORIN Nº
RICTURON	AQUILA RAQUID Nº 25G	SERINGA 1ML		FILO DE KIRSHNER Nº
SILVAFLEXANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 10ML		FILO STERMAN Nº
SUXAMETONIO	ATADURA DE CILINDRO	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR COEUR (RECI)
TIOPIENTAL	ATADURA CESSADA	SERINGA 30ML		MEMBR. ABSORVENTE
SOLUÇÕES	QTD.	BOLSA F.C. COLORTOMA		KIT DERIVA. VENTRICULAR
ADRENALINA	1	CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		PROTESE VASCULAR
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO		KIT PAM
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEO ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO
BEXTRA	1	CATETER EPIDURAL Nº 6		
CEFALOXINA	1	CATETER EPIDURAL Nº 7		
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº 8		
DIPRONA SÉTICA	1	CERA PARA OSSO		
EPIFRONA	1	COLAR URINA FECHADO		
FUDOSILANDA	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		
Glicose 50%	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		
Gliconato de Cálcio	1	DRENO DE PENSOLE		
HIDROCORTISONA	1	DRENO DE SUÇÃO		
LIDOCAÍNA GR.FIA	1	ELETRODOS		
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACRODOTAS		
PL. VUL	1	EQUIPO TRANS. SANGUE		
PROSTIGMIDE	1	EQUIPO MICRODOTAS - B.T.		
PROPRANOLOL	1	ESPONJA DE PVF		
TEMOXICAN	1	ESPALMADRAPO		
clonidina	1	GAZES		
ex. 15.00	1	GAZES ALGODADAS		
Neocortina	1	GEL ELETROLÍTICO		
Ox. Min. place	1	FLC Nº 14		
Rede Cl. Lange	1	FLC Nº 15		
4 Min. place	1			
6 Min. lugar	1			
6 Min. antorbis	1			
2 ox. 50	1			
0.6 Penf. aut. 77	1			
capac VDL	1			

EQUIPAMENTOS

ASPIRADOR

BISTURI ELÉTRICO

CAPNOTRACO

CARDIOMONITOR

DEFIBRILADOR

FOCO AUXILIAR

FOCO CENTRAL

IMBROSOPICO

MONITOR DE PRESSÃO

PLACA DE ANESTESIA

REFRIGERADOR ELÉTRICO

SERRA

Assinatura

Lugar

Técnico em Enfermagem

COREN - nº 350.822

DATA: 24 03 19

FRONTUÁRIO: 448469
CONTRATO: 1000

PACIENTE: DENNAN JADINO DA SILVA

SEX: M CORN: mm60

PRESSÃO ARTERIAL	120/80	FREQUÊNCIA	70	RESPIRAÇÃO	espontânea	TEMPERATURA - BUCAL	36,0	COMPRIMENTO	1,60m
ESTADO GERAL	X BOM	FRIGILAR	X	MAU	PESSIMO	USO DE LINGUETA	X	FRIGILAR	X
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM								

AD RESPIRATORIO *44Ni10*

AP. CITE. LA FAMILIA: entánel

AD DIGESTIVO

VKL

ESTADO MENTAL ECG 15

ENTRETIEN DE CATALAN

PRE-ANESTHESIA

серия 300 м.р.

1. 1. 1.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

fracture maxilar + mandibular

CONTROL REALIZADO: Lejos III - se hacen trabajos con los instrumentos cronometrados y se hacen cosas

Cirurgião Dr. Leonardo Mendes

ANNALES

Kina: Ngina Com Plea mereti bula

INICIO DA ANESTESIA 07:45h

TERMINO DA ANESTESIA 13:07h

IN THE CIRCUIT COURT OF THE FIRST JUDICIAL CIRCUIT IN AND FOR THE COUNTY OF ALA-BAMA

COMING TO FRUIT JULY 22

DATE: 10/24

ANESTHESISTS: Dr. Michael J. Schmalholz

CHAS. H. 2362

1991-1992	Dr. David + R
1992-1993	+ Howard R

07:45	08:45	09:45	10:45	11:45	12:45
-------	-------	-------	-------	-------	-------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

☒ MONTENEGRO ☐ BOSNIA ☐ SERBIA ☐ CROATIA ☐ F. OF YUGOSLAVIA ☐ ROMANIA

Amendments to amendments

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATQ-ANESTESICO

1	pentamini 300mg	11	insuline 1g
2	propofol 100mg	12	kelmin forte 1mg
3	ceftazidime 50mg	13	audan forte 1mg
4	lidocaine 100mg	14	atropine 1mg
5	etamine 50mg	15	workazine 7mg
6	clonidine 150mg	16	
7	helata de moxunio 3,5g	17	
8	sufluramo 60 Fr laborator	18	
9	remifenbut 1mg (BIC)	19	
10	ceftazidime 7g	20	

- ① Variaciones
- ② Versión para 720 punteado.
- ③ M. original
- ④ $(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)$
- ⑤ NT. tubo grande 4,5.
- ⑥ Aumento balanceado

Daniel Albuquerque M. B.
Anestesiologia
Terapia da Dor
CRM-PB 7667



RELATÓRIO DE CIRURGIA

FISTHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1-PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
2-ANTISEPSIA DO CAMPO OPERATORIO
3-APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
4- INFILTRAÇÃO ANESTESICA LOCAL COM VASO CONSTRICTOR
5-ACESSO SUPERCILIAR ESQUERDO, SUBTARSAL ESQUERDO, FUNDO DE SACO VESTIBULO MAXILAR E FUNDO DE SACO VESTIBULO MANDIBULAR
6- REDUÇÃO DOS COTOS FRATURADOS
7- OSTEOSINTESE UTILIZANDO: 1 Microplaca Reta 4 F Regular+ 1 Microplaca Orbital 6 F cortada para 5 furos + 1 Miniplaca L Esquerda Média + 1 Mini Placa L Direita Regular + 1 Miniplaca Reta 4 F Média +1 Miniplaca Reta 6 F Longa + 4 Parafuso AutoRoscante 2.0x5.0 + 6 Parafuso AutoRoscante 2.0x7.0 + 5 Parafuso AutoRoscante 2.0x9.0 + 2 Parafuso AutoRoscante 2.0x9.0 (perdido) + 1 Parafuso AutoRoscante 2.0x7.0 + 8 Parafuso Auto Roscante 1.5x5.0
Conduta:
8- SUTURA POR PLANOS ANATOMICO
9- CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRENCIAS
10- PACIENTE ENCAMINHADO A URPA AOS CUIDADOS DO ANESTESISTA
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
e Implantodontista
CRO-PB 3269

João Pessoa,

21/03/2019



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Padre Manoel da Costa, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

CONTO COM A ESCOLA
INSCRIÇÃO
MATRICULA
67348130
REFERENCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MANUEL SABINO DA SILVA
RUA PAULO ANTONIO B PORTELA, 244 - GRAMAME JOAO
PESSOA PB 58067- 242

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.092.690.0351.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A00X163508	29/11/2001	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL

Anterior	Atual	Consumo (M3)	Núm de Dias	Próxima Leitura
1434	22	30	30/06/2019	

HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

Período	Consumo	Parâmetros	Exig.	Análise	Conforme
MAI/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS. CONFORMES
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284
MAR/2019	22	8	CLORO	268	284
FEV/2019	22	8	COL. TERHOT	0	0
JAN/2019	22	4	COR	73	102
DEZ/2018	22	1	COL. TOTAIS	268	284
MEDIA(M)	22		DADOS REFERENTES A: ABR/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:19:49

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE	10 M3	67,65
ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3	12 M3	140,64
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2019		4,19
JUROS DE MORA 03/2019		1,71
FATURAS EM ATRASO		
REF 201905 213,83		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,27 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 15/06/2019 Total a Pagar: R\$ 214,19

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDIÇÃO DO FATORAMENTO: MEDIA DO HIDROMETRO TIPO DE TARIFA: 1
 ANORMALIDADE: HIDROMETRO SOTERRADO
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 ATENÇÃO: TRABALHEMOS EM JUNTAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: MANOEL SABINO DA SILVA

Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 4096100
 SSOS: 5508
 CPF: 703.507.564-06
 DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1990

PROFISSÃO: MANOEL SABINO A SILVA
 ENDEREÇO: GRAMAME BARROSA DA SILVA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1633680923

LOCAL: JOAO PESSOA, PB
 DATA DE EMISSÃO: 16/02/2018
 ASSINATURA: [Assinatura]
 PARAÍBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 01 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11520224

USO OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINS LEGAIS (Art. 1º da Lei nº 8.336/94)

ABRIL 2016 30/10/2016

ASSINATURA DO PORTADOR

Francisco Lira Neto

BARCODE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ESTAGIÁRIO

NOME
ANÍSIO FRANCISCO LIRA NETO

FILIAÇÃO
ANTÔNIO ALVES DE SOUSA
ZILDA LIRA DE SOUSA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
06/08/1981

CPF
037.745.984-44

RG
3250714 - SSP/PB

DATA DE EXERCÍCIO
01/11/2013

SIM

JOÃO BEZERRA CAVALCANTI BARRINHO
PRESIDENTE

11211-E

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

01 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014799146153
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20190000234604-7
1 0053204173-9 00/00000000 2019

MANUEL SABINO DA SILVA

02366268416

OFY5144/PB

NOVO PB 9C2KD0550DR357341

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2013 2013

2 P/149 /CI PARTIC

PRETA

00/00/0000

FAIXA S/VA

PARCELAMENTO / COTAS

0

SEGURO OBRIGATORIO

03/06/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA - PB

03/06/2019

49435



20851

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

PB Nº 014799146153 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 03/06/2019

VIA 1 02366268416

PLACA OFY5144/PB

00532041739 HONDA/NXR150 BROS ES

2013 9 9C2KD0550DR357341

PRÊMIO TARIFARIO

PRIS (R\$)

CONTRAT (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IO (R\$)

TAXA DE RESCISÃO SEGURO (R\$)

SEGURO

PAGO

PARCELAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

S COTA UNICA

PARCELADO

03/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.602/0001-04

20851-1353237-20190603



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405143 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFEORT III).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 5,9,13,16.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405143 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFEORT III).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 5,9,13,16.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RENNAN SABINO DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: BALCONISTA
Identidade: 409180 CPF: 703 604 564-06
Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: ANISIO FRANCISCO LIRA NETO
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 2250714 CPF: 037.745.384-42
Endereço: R. JOÃO BATISTA TEIXEIRA DE CARVALHO, 42



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Rennan Sabino da Silva

João Pessoa - PB 01/07/19
Local e data



Rennan Sabino da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de RENNAN SABINO DA SILVA, RG 39941, J. Pessoa-PB, 01/07/2019 13:38:06 Emol R\$9,91 Farpem: R\$40,29 Fepir: R\$1,98, ISS: R\$0,50/Em test da verdade. Tabela CELEIDA 00390 FENRENA 2014. Selo Digital AIS94715-UMZR Consulte em <https://selodigital.pb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220326/19

Número do Sinistro: 3190405143

Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA

CPF: 703.507.564-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENNAN SABINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019
Nome: ANISIO FRANCISCO LIRA NETO
CPF: 037.745.984-44

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220326/19

Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA

CPF: 703.507.564-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: RENNAN SABINO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO : 037.745.984-44

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

RENNAN SABINO DA SILVA : 703.507.564-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: ANISIO FRANCISCO LIRA NETO
CPF: 037.745.984-44

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190405143 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENNAN SABINO DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (PARASSÍNFISE MANDIBULAR + LEFEORT III).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 5,9,13,16.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU LEVE.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00