

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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: RENNAN SABINO DA SILVA		CPF: 703.507.564-06	
Profissão: BALCONISTA	Endereço: R. PAULO ANTONIO B. PORTELA	Número: 244	Complemento:
Bairro: GRAMAME	Cidade: DJAS PESSOA	Estado: PB	CEP: 58067-242
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 1456 CONTA: 17556 (Informar o dígito se existir)	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.

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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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, sem depender da apresentação, 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado) Local e Data: **João Pessoa - PB 01/07/19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Renan Sabino da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2º | 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 Araújo 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:

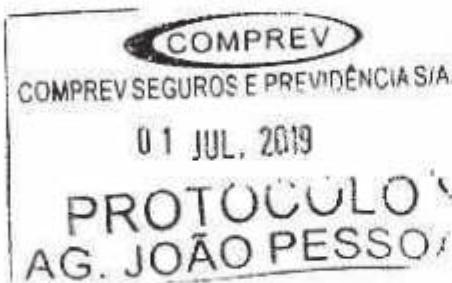
QUE segundo o notificante relata que trazegava com a motocicleta, marca e modelo:HONDA/NXR 150 BROS ES / ANO E MODELO 2013, de cor preta, placa: OFY 5144/PB,Chassi nº 9C2D055OD357341, registrado em nome de Manoel Sabino da Silva, pai do notificante;QUE seguia normalmente quando um animal (cavalo) cruzou 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.

JOHSE 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: RENNAN SABINO DA SILVA		CPF: 703.507.564-06	
Profissão: BALCONISTA	Endereço: R. PAULO ANTONIO B. PORTELA	Número: 244	Complemento:
Bairro: GRAMAME	Cidade: DJAS PESSOA	Estado: PB	CEP: 58067-242
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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, sem depender da apresentação, 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. 39, §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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 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 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 (se alfabetizado)

Local e Data: **João Pessoa - PB 04/07/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
× Rennan Sabino da Silva
 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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa

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/S 5º Região: 1011

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE 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: 00000017556-5

Nr. da Autenticação 8B72B4E1E1C1BDE2

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Pedro Amorim, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

DATA DE CONSUMO	01/06/2019
NÚMERO DO HIDRÔMETRO	67348130
MATRÍCULA	REISSUÊNCIA
67348130	
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
		Bathtub	Descontos	Intensos	Total	
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		

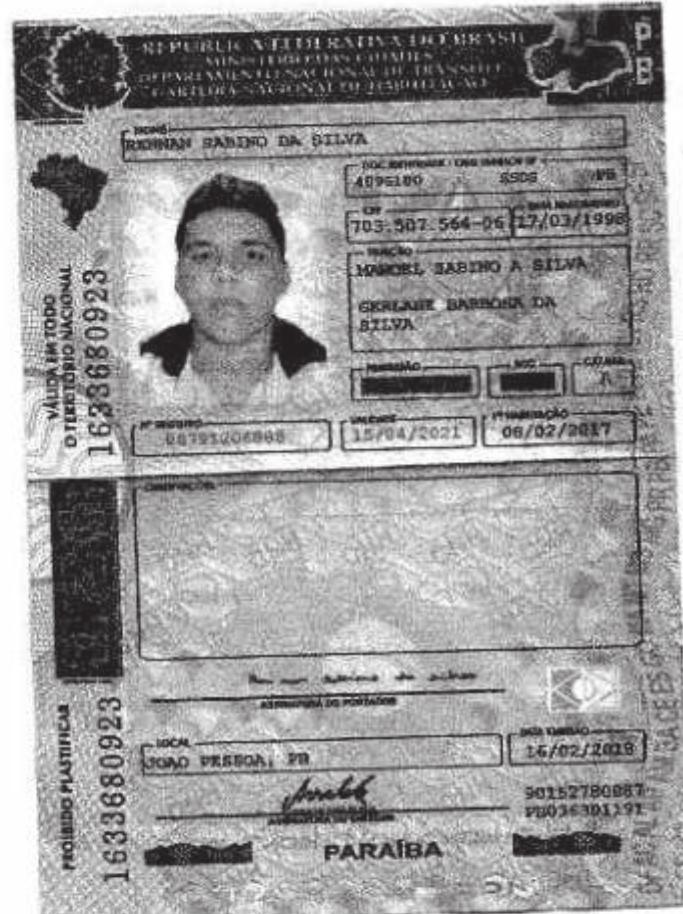
ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 1434 22 38 30/06/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT.I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.
 MAR/2019 22 8 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 ABR/2019 22 8 TURBIDEZ 268 284 282
 MAR/2019 22 8 CLORO 268 284 284
 FEV/2019 22 8 COL.TERMOT 0 0 0
 JAN/2019 22 4 COR 73 102 101
 DEZ/2018 22 1 COL.TOTAIS 268 284 284
 MÉDIA(m) 22 DADOS REFERENTES A: ABR/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:19:49	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
COBERTAL 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\$ 19,27 PIS E CONFINS 121 12.741/12
 VENCIMENTO: 15/07/2019 Total a Pagar: R\$ 214,19

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1
 CREDIMAR
 ANORMALIDADE: HIDRÔMETRO SOTERRADO
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 #CAGEPA TRABALHO INTEGRAL





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Chaves, 229 - Japaratinga João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
DIRETORIA EXECUTIVA
MATRÍCULA

67346593

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REFERÊNCIA
JUN/2019

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Baixa	Alta	Último	Total	
001.092.640.0037.000	JUN	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VISN40601	20/10/2015	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
734	23	30				
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.					
MAI/2019	24	60	PARA METROS	EXTG.	ANALIS.	CONFORTES
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 ³)	23		DADOS REFERENTES A: ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 11:51:26

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³	48,90
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³	3 m ³	19,35
ESGOTO		
FATURAS EM ATRASO		
REF 201904 127,99		
REF 201905 118,05		

VALOR APRESENTADO DE TRIBUTOS R\$ 0,00 R\$ E CONFERIR LET. 17 743/17

VENCIMENTO: 15/06/2019 Total a Pagar: R\$ 106,16



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO 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 APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67346592	JUN/2019	15/06/2019	R\$ 106,16

82600000001 6 06160010001 2 06734650201 5 06201950003 2

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
U 1 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA!



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

A Circular SUSEP³ 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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANISIO FRANCISCO LIMA NEIXO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.745.384-144, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RENNAN SABINO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.507.564-06,

do sinistro de DPVAT cobertura VALIDATE da Vítima RENNAN SABINO DA SILVA.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.507.564-06, 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 Lider-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.

Enderedo:	<u>R. JOSÉ BARBOSA FREIRE DE CARVALHO</u>	Número:	<u>112</u>	Complemento:
Bairro:	<u>GRAMAME</u>	Cidade:	<u>JOÃO PESSOA</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58067-210</u>
E-mail:	<u>ANISIOLIDER@GMAIL.COM</u>			Tel.(DDD): <u>(83) 98833-4286</u>

Local e Data: _____

* 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 (Juvidoria): 0800 021 91 35

Eu, MANUEL SABINO DA SILVA

RG nº 200 1993, data de expedição 1/1/1,

Órgão _____ portador do CPF nº 023.662.684-16,
com domicílio na cidade de Juizé PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. PAULO ANTONIO B. BRASIL, 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 Bros Ano: 2013

Placa: OFY-5144 Chassi: 9G2KJD550DR357341

Data do Acidente: 11/03/19



Local e Data:

João Pessoa - PB 01/07/19

Manuel Sabino da Silva

Assinatura do Declarante

x 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

RUA JOSÉ LINDOLFO KUBITSCHEK, 307 - ERNESTO GESSI - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PB - FONE/FAX: (83) 3231-4678

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

<https://selodigital.tintibus.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 PRONTUÁRIO 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 CIRURGIANO
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1148469



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	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA				Paiz MANOEL SABINO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MAE - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 89417680	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4096180	Nº Cris 700407497144546		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
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	Convenio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<p>Palidez. Tônus de traqueia. Apresenta ingestão de Álcool, escoriações em face, com feridas e leitos coagulados em couro cabeludo.</p> <p><i>CD</i></p> <p><i>Estreitamento de Sóuso</i></p>				
Diagnóstico				
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA				
Imprimir				
Tempo 03min				
COREN-PB 2728-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	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: 40721
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-INTERNAMENTO 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 NÁUSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)



AREA 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 do Contato (83) 99417680
Mãe				Prontuário
GERLADA BARBOSA DA SILVA				
Endereço				
ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA		UF PB
Acidente	Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional
MOTO X ANIMAL	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JUAREZ SILVESTRE NETO		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 COMPETEM 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

RENNAN SABINO DA SILVA

Dr. Juarez Silvestre
Medicina do Trabalho
Médico Auditor
CRM/RN: 11302
CPF: 042.999.054-1

JUAREZ SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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
Mãe GERLADA BARBOSA DA SILVA			
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 MOTOCICLÍSTICO, 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 ODONTOSÍNTSE EM MANDÍBULA;
- 5 - OBSERVAÇÃO BMF.

EXAME DE IMAGEM

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

Conduta

Em observação

RENNAN SABINO DA SILVA

Autran da Nobrega Alves
DENTAL DUCO-MALLO-FACIAL
PROFISSIONAL
4072

AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(4072)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente			
RENNAN SABINO DA SILVA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
	1148469	11/03/2019 22:30:54	
Data de nascimento	Idade		
17/03/1998	20a 11m 23d	Sexo	Telefone do Contato
		Masculino	(83) 99417680
Mãe			
GERLADA BARBOSA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
ROMUALDO ROLIM (LOT PRQ DO SOL), 90	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X ANIMAL	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO	4687/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/03/2019 22:30:54		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 UROCIURGICAS. CD: LIBERO DA NEUROCIRURGIA PARA PROCEDIMENTO BUCOMAXILOFACIAL.

Conduta

Em observação

RENNAN SABINO DA SILVA

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4687/PB)



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA 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 Beixa
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 ATESENTANDO:

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

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 OS 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

UÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTS)

TENOGRAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

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

Conduta

Em observação

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)

Pilvair

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA) ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V. 12/12M

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML) - ADMINISTRAÇÃO

Dilute

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 40)

GUARDOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

COAGUL OGGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLUCOSE

HEIGRAMA COMPLEX

TGc (ASPARTATO AMINOTRANFERASE) 200

TGP (ALANINE AMINOTRANSFERASE)

LIREIA

Conducta

Internal Recipients

RENNAN SABINO DA SILVA

~~Autran da Motta Alves
Síndrome BUZO-MANHO-FACIAL~~

AÚTRAN DÂMBEREGA ALVES
(- 4072)



AV. ORESTES LISBOA, Sr - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700

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

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO E OSTEOSINTSE 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*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso 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 médica (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 17/03/2019 10:19:20)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

BMF

Paciente vítima de acidente motociclistico 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

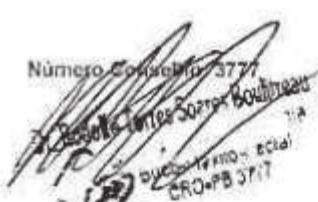
Dr. RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
CRM-PB 3777



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 Conselho: 3777
Rodolfo Torres Soares Boulitreau
BUCONARIO - Etal
CRJ-PB 3777



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: RENNAN SABINO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO: 1148469
IDADE: 20 SEXO: MASCULINO COR: DATA: 21/03/2019
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: FRATURA LE FORT III E FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA

CIRURGIÃO: DR. LEONARDO MENDES 1º ASS: RESIDENTE
2º ASS: RESIDENTE 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: RESIDENTE ANESTESISTA: DR. DANIEL
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 12:30

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA LE FORT III + FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO E OSTEOSINTSE DE FRATURA LE FORT III E FRATURA	
COMPLEXA DE MANDIBULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NAO

Descrição: ---

Biópsia de Congelação: ---

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
e Implantodontista
CRO-PB 3269 DATA: 21/03/2019

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 31/03/19

FRONTUÁRIO:

1148469

PACIENTE: RENNAN ZADDO DA SILVA

SEXO: M COR: moreno

IDADE: 20a.

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: espontânea TEMPERATURA: 36,9°C PESO: 62 KG

ESTADO GERAL: X BOM E FÍSICO: BOM E PESSIMO RISCOS CIRÚRGICOS: X RISCO: 1

EXAMES COMPLEMENTARES: VPA

AP. RESPIRATÓRIO: espontâneo AP. CIRCULATÓRIO: infantil

AP. DIGESTIVO: VPA ESTADO MENTAL: ECO IS DROGAS TÓXICAS: cefalotina

PRE-ANESTÉSICO: fentanil 300 mcg

EVASÃO HORA: 07:45h

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: fractura maxilar fornecendo balares

CIRURGIA REALIZADA: Le Fort II - fractura maxilar com levantamento craniovertebral e luxação óssea

CHURGOES: Dr. Leonardo Venâncio ALVIARES: Fntal fratura com fratura mandibular

INÍCIO DA ANESTÉSIA: 07:45h TERMINO DA ANESTÉSIA: 13:00h

CÓDIGO DO TRATAMENTO: 01 QUANT. DE CR: 1 VALOR: 150

ANESTESISTA: Dr. Daniel + Roberto CRF: 7367

ASISTENTE: + Henrique CRF:

MONITOR: O2 N2O

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

SISTEMA: pulmão coração sistema nervoso central

VALORES: 230 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

SISTEMA: sangue pressão arterial

VALORES: 120 100 80 60 40 20

SISTEMA: temperatura

VALORES: 36 37 38 39 40 41

SISTEMA: urinário

VALORES: 1000 1200 1400 1600 1800 2000

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100 120 140 160 180 200

SISTEMA: sangue

VALORES: 100



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL

DESCRICAÇÃO 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 CONSTRITOR	
5-ACESSO SUPERCILIAR ESQUERDO, SUBTARSAL ESQUERDO , FUNDO DE SACO VESTIBULO MAXILAR E FUNDO DE SACO VESTIBULO MANDIBULAR	
6- REDUÇÃO DOS COTOS FRATURADOS	
7- OSTEOPROTESE 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 Menes Carripos
Cirurgião Bucal Maxilofacial
e Implanteodontista
CRM-PB 3269

João Pessoa,

21/03/2019



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Frederino Cima, 228 - Jardim das Oliveiras - João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 06.123.854/0001-87

DATA CADASTRO COM A CSQ
DATA EMISSÃO NÚMERO
MATRÍCULA
67348130
PERIÓDICO

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

JUN/2019

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Baixada	Centro	Interior	Total	
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)		PROXIMA LEITURA
1434	22	38				30/06/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	22	8	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	22	8	TURBIDEZ	268	284	282
MAR/2019	22	8	CLORO	268	284	284
FEV/2019	22	8	COL. TERMOT	0	0	0
JAN/2019	22	4	COR	73	102	101
DEZ/2018	22	1	COL.TOTAIS	268	254	284
MEDIA(M)	22		DADOS REFERENTES A: ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 01/06/2019

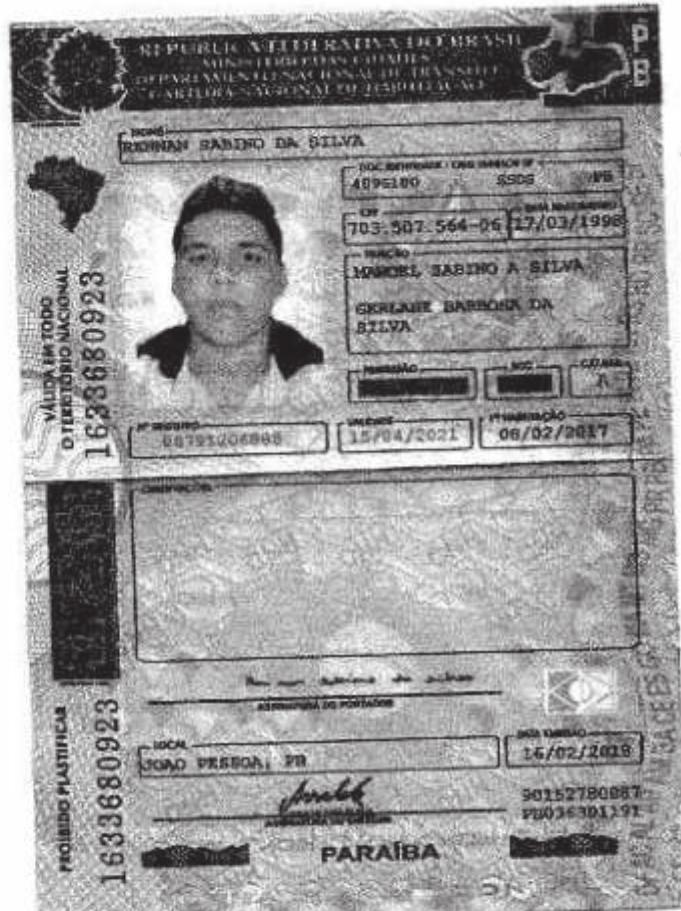
HORA DA IMPRESSÃO: 10:19:49

DESCRICAQ	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
COHESRICAL 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 APPROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 19,27 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 15/07/09 Total a Pagar: R\$ 114,19

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FILTRAMENTO: MEDIA DO HIDRORE TIPO DE TARIFA: 1
ANORMALIDADE: HIDROMETRO SOTERRADO
INFORMACOES GERAIS:
#CHEGADATRABALHOINFANTIL





COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S/A
U 1 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 0147991461	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PRT 20130000234604-7		COR: PRETO / MARCA: HONDA	
1	0053204173-9	00/00000000	2019
INSCRIÇÃO: MANUEL SABINO DA SILVA			
02366268416		PLACA: OFY5144/PB	
NOVO	PB	CLASSE: 9C2KD0550DR357341	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES		ANO FAB: 2013 ANO EXP: 2013	
CAP / PTO: 002 P/149 /CI		EXCEPÇAO: PARTICIPANTE: PRETA	
DATA CADASTRO: 00/00/0000		VALOR TOTAL: R\$ 0,00	
I		P	
P		V	
V		A	
A			
PREMIO: ARRENDAMENTO:		PREMIO TOTAL: R\$ 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 03/06/2019	
***** SEGURO OBRIGATÓRIO *****			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO. NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA.			
NÃO PESSOA-PR DATA: 00/00/0000			

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

PB Nº 014799146153 BILHETE DE SEGURO DPV/A

**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 I	CPF / CNPJ 02366268416	PLACA OFY5144/PB
PRIVADO		MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES
ANO FAB. 2013	CD. DEP. 9	Nº CHASSI 9C2KD0550DR357341
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PREÇO PIS *****	VALOR DA TARIFA PIS *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****		VALOR DA TARIFA PIS (R\$) *****
PRESAVENTO		SEGURO
S. CONTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATAS DE VENCIMENTO / PAGAMENTO 02/06/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT



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: RENAN SABINO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: BALONISTA

Identidade: 409180

CPF: 703.607.564-06

Endereço: _____

OUTORGADO:

Nome: ANÍSIO FRANCISCO LIRA NEGO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: CASADO

Profissão: ADVOGADO

Identidade: 2250714

CPF: 037.745.884-48

Endereço: R. JOSÉ BATISTA FEXEIRA DE CARVALHO, 42 - JOÃO PESSOA

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

Renan Sabino da Silva

Local e data

João Pessoa - PB 01/07/19



Renan Sabino da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



www.cartorioceleida.com.br
Reconheço por Autenticidade à firma de RENAN SABINO DA SILVA, nº 1839941, RG: 40.29, CPF: 703.607.564-06, Endereço: Rua Antônio Marques, nº 100, Centro, CEP 58010-000, João Pessoa - PB, Data: 01/07/2019, 13:38:06. Emol. R\$ 9,45. Farpo: R\$ 0,29. Fepofit: R\$ 0,50. Em test da verdade. Tabelião CELEIDA OSBNO FERREIRA Júnior. Selo Digital A15394715-UZR Consulte em https://selodigital.tjpb.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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: RENNAN SABINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/03/2019

Titular do CPF: RENNAN SABINO DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANISIO FRANCISCO LIRA NETO

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