

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2016

Carta nº: 10018801

A/C: WALLY DA SILVA LIMA

Sinistro: 3160674992 ASL-1141971/16
Vitima: WALLY DA SILVA LIMA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIVANILDA OLIVEIRA DE SOUZA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta nº: 10044143

A/C: WALLY DA SILVA LIMA

Sinistro: 3160674992 ASL-1141971/16
Vítima: WALLY DA SILVA LIMA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIVANILDA OLIVEIRA DE SOUZA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta nº: 10095199

A/C: WALLY DA SILVA LIMA

Sinistro: 3160674992 ASL-1141971/16
Vitima: WALLY DA SILVA LIMA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIVANILDA OLIVEIRA DE SOUZA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Wally da Silva Lima

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.026.684 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 03/02/12 E

CPF 117110464-20 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recebeu

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da Receita Federal www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

COBRANÇA DE SEGUROS

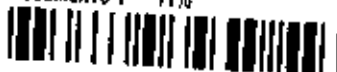
FIBEL ME

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

DOCUMENTO 1 "T1%"



PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

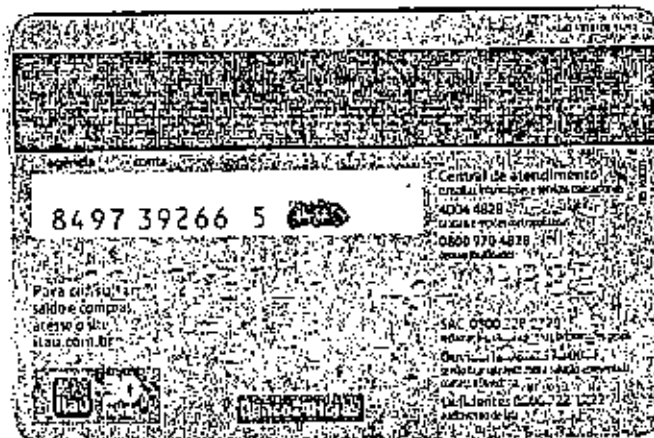
Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 8497 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 39266-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pimpão Grande, 04 de 10 de 16 Sinairilda D Santos Matos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Marcos Aurelio Vidal
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83437891
Comunicação: C1984229
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1972416 - DIOGO DE OLIVEIRA CYSNEIROS Data/Hora do Acidente (hora local): 09/02/2016 23:00 BR: 361 KM: 18,0
Município/UF: SANTA TERESINHA/PB Tipo de Acidente: Atropelamento de animal Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0
Possui defesa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Livre
Carca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

DOCUMENTO 1 *T196*



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83437891
Comunicação: C1984229
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CRÓQUI

Local Parcialmente Desfeito

BR-361
Km 18,0

Local de Colisão

VI RETIRADO DO LOCAL

PATOS ← SANTA TERESINHA →

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local de colisão
- Marcha à ré
- Placa do Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Derrapagem
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:
CONFORME EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS NO LOCAL DO ACIDENTE, V1- MOTOCICLETA HONDA, SEGUIA NA BR 361, SENTIDO CRESCENTE, QUANDO COLIDIU EM UMA VACA QUE ENCONTRAVA-SE NO MEIO DA PISTA, EM SEGUIDA, V2- PRISMA, QUE SEGUIA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU NA VACA QUE ENCONTRAVA-SE MORTA EM CIMA DA PISTA.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MOT-4740 Sequencial: V1 Descrição: _____ Chassi: 9C2JC2501RRS17802 Renavam: 00181983813
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 Cor: VERMELHA Ano: 1995 Tipo: Motocicletas Emplacamento: _____
Ocupantes: 1 Espécie: _____ Categoria: _____
Proprietário: LUIZ FELIPE COSTA CPF/CNPJ: 519.012.934-91
Endereço: FAZENDA SANTANA 00000 CEP: 58.720-000
Município/UF: _____ Telefones: _____
COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA
Placa U1: _____ Placa U2: _____ Placa U3: _____ Placa U4: _____
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída da Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Animal solto Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento: _____

DADOS DA CARGA

Carregamento: _____ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: _____ Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso: _____
Descrição da Carga: _____

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____
Responsável pela Recepção: _____
Documento do Responsável: _____
Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb

Marcos Aurelio Vidal
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83437891
Comunicação: C1984229
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OGE-8877 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9BGKT69L0EG255212 Renavam: 00594328551
Marca/Modelo: CHEV/PRISMA 1.0MT LTZ Cor: PRATA Ano: 2014 Tipo: Automóvel Emplacamento:
Ocupantes: 4 Espécie: Categoria:
Proprietário: AURELICE ALVES DA NOBREGA CPF/CNPJ: 131.764.634-72
Endereço: R PST J A OLIVEIRA 148 00148 CEP: 58.310-000
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Animal solto Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento da Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recuperação (hora local): Motivo:
Responsável pela Recuperação:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: VI/MOT-4740
Nome/Apêlido: WALLY DA SILVA LIMA
Data de Nascimento: 15/04/1995 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai: MANOEL BATISTA DE LIMA
Nome da Mãe: JANAINA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA IZIDRO OLIVEIRA, CENTRO STA TERESINHA CEP:
Município/UF: Telefones: Grau de Instrução:
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 117.110.484-26 Documento de Identificação: 4026684 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Ignorado
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 05928801353/PB Primeira Habilitação: 12/11/2013
Validade CNH: 24/04/2018 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recuperação:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recuperação (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb

Marcos Aurelio Vidal
07 NOV, 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83437891
Comunicação: C1984229
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/0GE-8877
Nome/Apelido: FRANCIRALDO PASSOS GOMES
Data de Nascimento: 13/02/1967 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai: ANTONIO PASSOS DA SILVA
Nome da Mãe: TEREZINHA GOMES PASSOS
Endereço: RUA LUIZ RUFINO FERREIRA S/N OURO BRANCO, PIANCÓ/PB CEP:
Município/UF:
Telefones:
Grau de Instrução:
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 558.187.144-20 Documento de Identificação: 1170977 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem:
Destino:
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04271004486/PB Primeira Habilitação: 10/11/1986
Validade CNH: 10/11/2017 País CNH:
Dormia? Não Km Percorridos:
Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF:
Motivo:
Descrição do

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/0GE-8877 /
Nome/Apelido: ANNA MELINNE INOCENCIO NEVES Sexo: Feminino Data de
Nome do Pai: FABIO ARRUDA NEVES
Nome da Mãe: MARIA DO DESTERRO INOCENCIO NEVES
Endereço: R RÊUMI LEITE AZEVEDO, CENTRO, PIANCÓ/PB CEP:
Município/UF:
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL
CPF:
Documento de Identificação: 3258730 Órgão Expedidor:
Telefones:
Estado Civil:
Grau de Instrução:
Ocupação Principal:
Origem:
Destino:
Estado Físico: Lesões Leves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF:
Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb

Marcos Aurelio Vidal

07-NOV-2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83437891
Comunicação: C1984229
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo ☐ V2/0GE-8877 /
Nome/Apelido: MARIA DO OESTERRO INOCENCIO **Sexo:** ☒ Feminino **Data de**
Nome do Pai: MANOEL INOCENCIO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA ANTONIA DA SILVA
Endereço: R RELMI LEITE AZEVEDO, CENTRO, PIANÓ/PB **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 132.845.334-00 **Documento de Identificação:** 221617 **Órgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: ☒ Lesões Leves ☐ Socorrido pela PRF? ☒ Não ☐ Usava Cinto? ☒ Ignorado ☐ Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460a0bb

Marcos Aurelio Vidal
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83437891
Comunicação: C1984229
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: **Veículo:**
Nome/Apelido: **Sexo:** **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:**
CPF: **Documento de Identificação:** **Órgão Expedidor:** **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: **Socorrido pela PRF?** **Usava Cinto?** **Usava Capacete?**
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo da Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb

Marcos Aurelio Vidal
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELL - ME



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / CHEV/PRISMA 1.0MT LTZ	Placa: OGE-8877
Nome do Agente/Assinatura: DIOGO DE OLIVEIRA CYSNEIROS	Nº BOAT: 83437891
Registro/Matrícula do Agente: 1972416	Data: 09/02/2016 23:00

Item	Descrição do componente	Valor	Sím	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sím	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assolho porta-malas / Assolho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assolho central esquerdo	3		X		41	Assolho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "Sím":			3		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":			0		
Total de pontos "Sím" + "NA":								3			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis	X	
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X	
53	Pára-brisa		X	59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 125	Placa: MOT-4740
Nome do Agente/Assinatura: DIOGO DE OLIVEIRA CYSNEIROS	Nº BOAT: 83437891
Registro/Matrícula do Agente: 1972416	Data: 09/02/2016 23:00

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos não instalados.	2	x		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	x		
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassi).	2		x	
4	Motor e suas fixações.	2		x	
5	Eixo do garfo traseiro	2		x	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		x	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	x		
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		x	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1		x	
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		x	
11	Alça traseira	1		x	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		x	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		x	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		x	
Descrição- Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		x	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		x	
C	Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		x	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		x	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA" :

6

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monto: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Monto: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monto: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", uma ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME Página 8 de 10

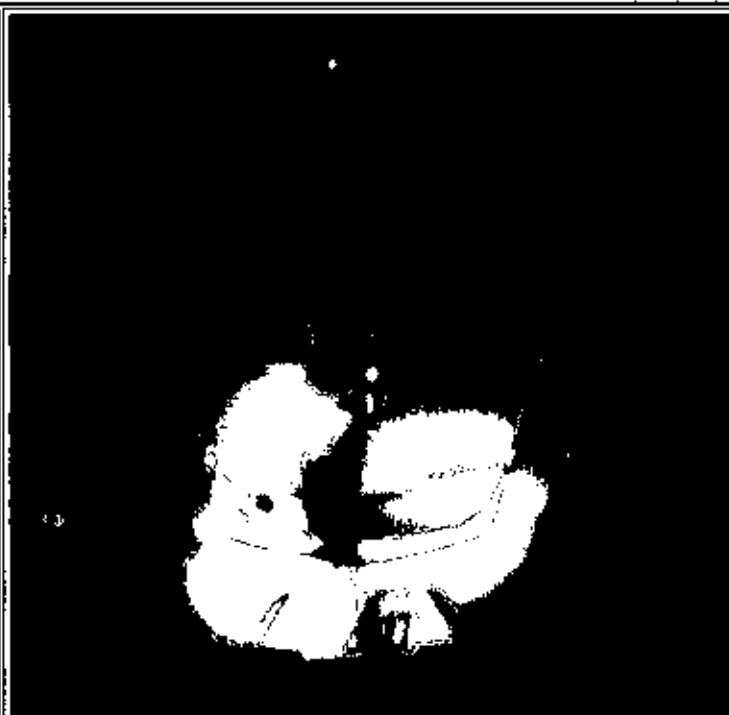


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

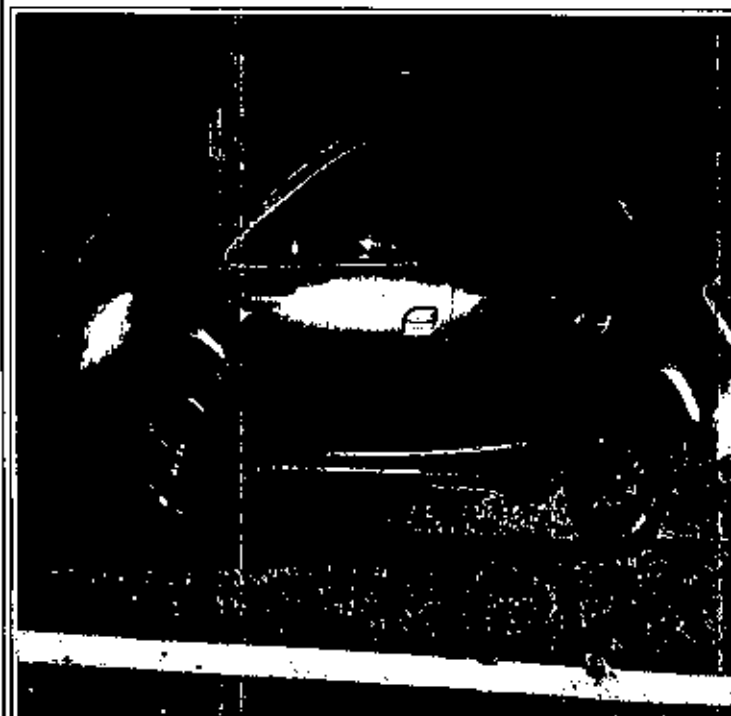
Veículo: - V2 / CHEV/PRISMA 1.0MT LTZ	Placa: OGE-8877
Nome do Agente/Assinatura: DIOGO DE OLIVEIRA CYSNEIROS	Nº BOAT: 83437891
Registro/Matrícula do Agente: 1972416	Data: 09/02/2016 23:00



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:38:33
NÚMERO DE CONTROLE: 7a72baac4460e0bb



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / HONDA/CG 125

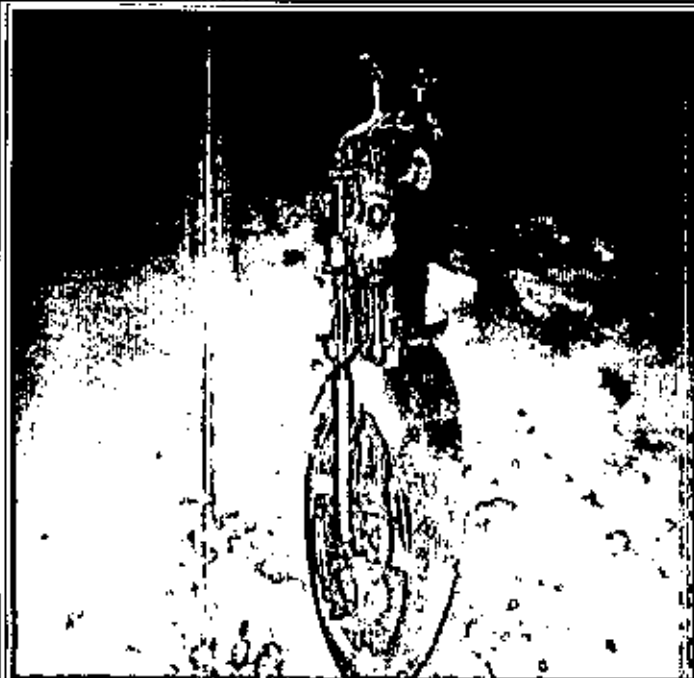
Placa: MOT-4740

Nome do Agente/Assinatura: DIOGO DE OLIVEIRA CYSNEIROS

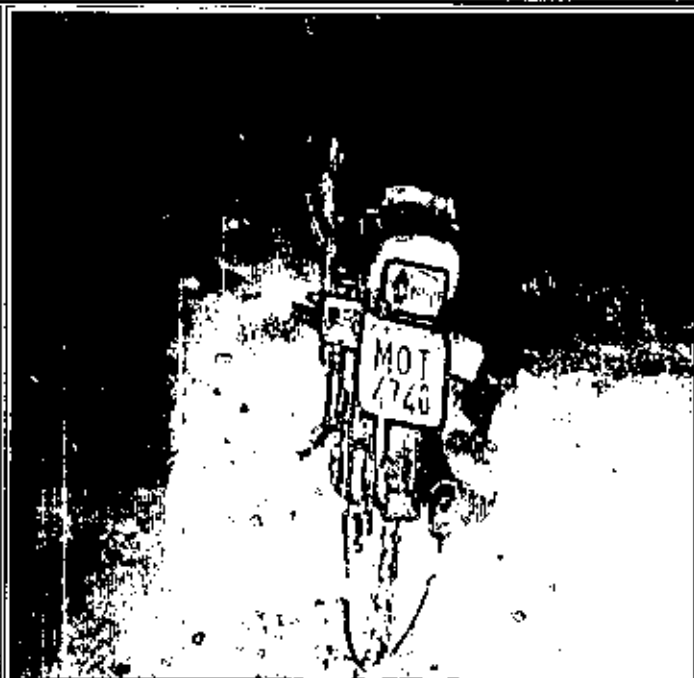
Nº BOAT: 83437891

Registro/Matrícula do Agente: 1972416

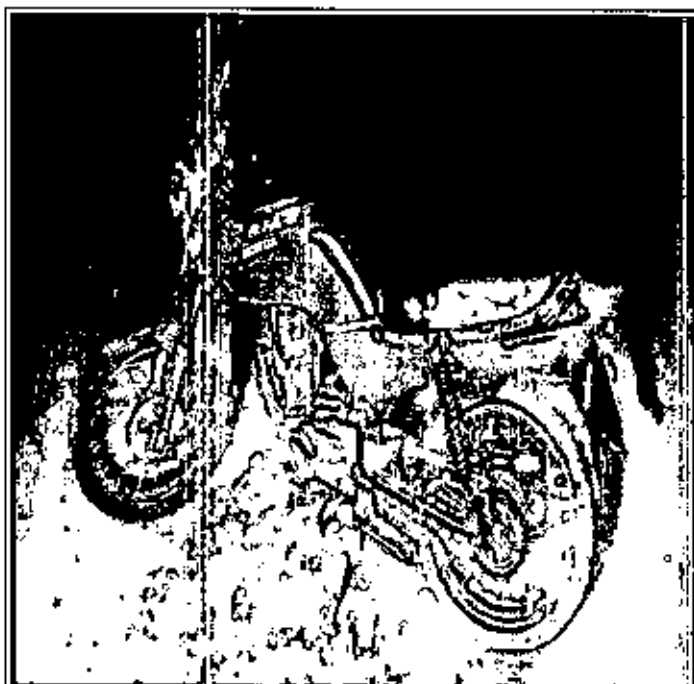
Data: 09/02/2016 23:00



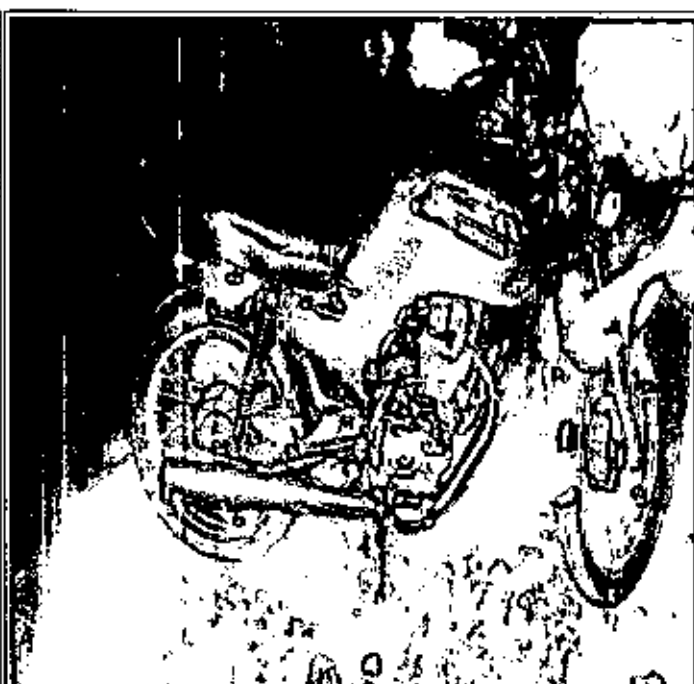
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 11/02/2016 17:51:48

NÚMERO DE CONTROLE: 474c3f716114763c

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Página 10 de 10

DOCUMENTO 2 - T246

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 012/2016**

Certificamos para os fins que se destina, que aproximadamente às 22h55min do dia 09 de fevereiro do ano de 2016, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar atendeu ocorrência de Vítima de acidente de trânsito (atendimento pré-hospitalar: imobilização e transporte da sede do 4º BBM até o Hospital Regional de Patos). #####

MOVIMENTO DO SOCORRO: Saída: 22h55min; Chegada ao local: 22h55min. ###

RELATO DO EVENTO (RESUMO): Por volta das 22h55, chegou à sede do 4º BBM, sendo transportado no interior de um FIAT UNO de cor prata, o senhor: WALLY DA SILVA LIMA, 20 anos, vítima de acidente de trânsito. Segundo o próprio acidentado, o mesmo havia colidido com uma vaca, quando conduzia uma motocicleta na BR-361 nas proximidades da cidade de Santa Teresinha - PB. A vítima foi imobilizada e retirada do veículo, encontrava-se consciente, orientada e apresentava fraturas nos membros superiores, escoriações nos membros inferiores e na região da face. Que, foram feitos os procedimentos de praxe e logo em seguida transportada para o Hospital Regional de Patos. Que, a guarnição de ABSL foi ao local do sinistro onde realizou a retirada do animal da pista de rolamento, evitando possíveis acidentes. #####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE #####

VITIMA: WALLY DA SILVA LIMA, 20 anos. #####

SOCORRISTAS: CB 522.328-8 GUMERCINDO DE LIMA MOTA
SD 525.908-8 CICERO CARLOS DE ANDRADE FILHO
SD 527.423-1 FILIPE VIEIRA CARNEIRO

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: WALLY DA SILVA LIMA, - RG 4.026.684 - SSP/PB.

Quartel do 4º BBM/CCB em Patos, 16 de fevereiro de 2016

Marcos Aurelio Vidal


Saulo Alves Laurentino - TC QOC BM
p/ Comandante

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

CFOP 5.207 - Prestação do serviço de comunicação e não-contribuinte.

STATE TOTAL	84,524,125.00
-------------	---------------

7.42	0.10	0.74	24.63
-7.42	-0.10	-0.74	-26.61

VALOR DA NOTA FISCAL	36,26
----------------------	-------

Conta	Descrição	Saldo	Alíquota	Valor	Valor
CPMS	Banco do Comércio	50,28	Alíquota	3,00%	Valor
CPMS	Banco do Comércio	20,55	Alíquota	30,00%	Valor
P.S	Banco do Comércio	38,28	Alíquota	0,00%	Valor

সীমাবদ্ধতা রয়েছে।

8414 8430 2070 5000 F1A2 7360 0544 6787

[illegible]

DOCUMENTO 2 "T296"



NET
O MUNDO É DOS NETS

Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/faturadigital e solicite.



CTC RECIFE PE JPA PL11
WALLY DA SILVA LIMA
R APOLONIO AMORIM, 422
ALTO BRANCO
58401-528, CAMPINA GRANDE - PB

29900197-0



847/001080760
Data de Postagem: 04/04/19
Vencimento: 15/04/2016

PARA USO DOS CORREIOS

☐ Mandou-se
☐ Ausente
☐ Endereço insuficiente
☐ Não existe o nº indicado
☐ Faltado
☐ Informação escrita pelo porteiro ou atendente
☐ CEP
☐ Recusado

Respondente: _____
 Remetido ao Serviço Postal no: _____

009681
554715042016 167052 mm 0M2 A3B7

10/07/04



RECEBUEMOS
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGURANÇA
FIRELLI ME

**CAGEPA**
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
 Rua Feliciano Chato, 220 - Jiquiã João Pessoa - PB
 CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.423.654/0001-87

 PARA CONSULTAR COM A CAGEPA
 INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

11952776

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2016

 SIVANILDA OLIVEIRA S MEDE
 RUA JORN EVANDRO BARROS 26

 MALVINAS 58433-545
 CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outra	
018.45.040.0020	0	1	0	0	0	11952776

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A89T522897	04/06/1998	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
3306	3311	5	33	23/09/2016
HIST. DE CONS./ANDR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
FEV/2016	13	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
MAR/2016	10	0	COR	185 185 182
ABR/2016	12	0	COL.TOTAIS	185 185 185
MAI/2016	11	0	COL.TERNOT	0 0 0
JUN/2016	11	0	TURBIDEZ	185 185 182
JUL/2016	17	0	COLOR	185 185 184
MEDIA(M)	12		DADOS REFERENTES A: JUN/2016	

DATA DA LEITURA: 25/08/2016	HORA DA LEITURA: 10:42:25
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 32,78 26,22 R\$59,00

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$5.46 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

06/09/2016

Total a Pagar:

R\$59,00

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

PACIENTE:

Vally de S. da L.

LEITO:

REG.:

DATA	HORA	ENFERMEIRO
15/02/16	8:00	BMT
02		Paul V. em 6º DTH
16		em H.D. de Morte OPN
		Naumato 6 CB, Lente vermelha, grande estável
		Ad. Runkler em arco
		8. Mandato T. de B. L. de B. e L. de B.
		José Frederico de Farias Bastos
		Exatidão Bucodentária
		CRO 787.112
		Imp. CNS 0800.1627.6769.393
16/02/16		* BMT
		* 6º DTH por fratura tipo Le Fort II + OPN
		* Paciente evolui em 3º e 4º op. bil.
		* Ao exame: Mobilidade e captção
		em dorso nasal, mobilidade e captção
		maxilar inferior oclusal
		* CD - 1) Solicito nova TC de face (corpo LCL)
		2) Observar BMT
		<i>[Assinatura]</i>
		PROF. DR. JOSÉ FREDERICO DE FARIAS BASTOS
		CIRURGIÃO DENTÁRIO
		NAT. BR. 000.000.000.000
		CRO 787.112

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Wally da Silva Lima</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
QT. <u>08</u>	DATA <u>06</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	TRADE <u>12001</u>	REGISTRO <u>62208</u>	
CIRURGIÃO <u>Dr. Expedito Linsley</u>		ANESTESISTA <u>Dr. Reme</u>			HOSPITAL REGIONAL DEP. LANDUMY CARNEIRO
INSTRUMENTADOR <u>18/2/2016 9:40h</u>					

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. do Instrumentador	1	Equipo el. soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scap 170 47.500 mv
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina da Sieturi 15
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Seta	1	Seringa 5 ml
X	TX. Eletrodo Elétrico	1	Seringa 10 ml
X	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Atadura de Crepom 10cm	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Atadura de Crepom 20cm		Atadura de Crepom 20cm
1	Atadura Gessada 10cm		Atadura Gessada 10cm
1	Qualitativo	1	Sonda Uretral 06108
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Domifelo		Éter Sulfúrico
X	Pentam. 0.05mg		Dreno Penrose
	Mixocetina 5%		Dreno Sucção
	Mova		Dreno de Tórax
X	Xilocaína 2%	X	Separacraço
	Etidimidate	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Alcool 70%
	Polidocavina 0,5%	X	PVPI Tintura
	Etiopid	X	Gases
	Lensuol 1,5ml	X	Algodão Hidrófilo
	Nexan		Algodão Ortopédico
	Povone	1	Algodão Ortopédico
	Galante		Vesícula Estéril
	Disaper	1	Aguilha descartável
1	Água Destilada 10ml		Pastilha de Formal
	Polidocavina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Etiopid		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Atropina		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Atropina		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Atropina		Cat-gut simples 2 cf agulha
1	Atropina		Cat-gut simples 3 cf agulha
1	Atropina		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Atropina		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Atropina		Cat-gut 2-0 cf amigdalectomia
1	Atropina		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
1	Atropina		Polycot 0 cf agulha
1	Atropina		Polycot 2-0 cf agulha
1	Atropina		Polycot 3-0 cf agulha
1	Atropina		Protene 2-0 cf agulha
1	Atropina		Protene 3-0 cf agulha

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
Nome: <u>Wally da Silva Lima</u>		Idade: <u>20</u>	Sexo: <u>M</u>		Cad: <u>19</u>
Pressão Arterial: <u>120/80</u>		Respiração: <u>18</u>		Temperatura: <u>36,5</u>	
Tipo Sanguíneo: <u>B</u>		Hemoglobina: <u>12</u>		Hematócrito: <u>35</u>	
Hemélias: <u>12</u>		Glicemia: <u>100</u>		Ureia: <u>10</u>	
Urina: <u>12</u>		Outros: <u>12</u>			
Ap. Respiratório: <u>12</u>		Ap. Circulatório: <u>12</u>		Ap. Digestivo: <u>12</u>	
Estado Mental: <u>12</u>		Diagnóstico Pré-Operatório: <u>12</u>		Anestesia Anteriores: <u>12</u>	
Medicação Pré-Anestésica: <u>12</u>		Aplicada às: <u>12</u>		Efeito: <u>12</u>	
Agonistas Anestésicos: <u>12</u>		Líquido: <u>12</u>		Código: <u>12</u>	
P.M. ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: V.Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO: <u>12</u>		Simbólos e Anotações: <u>12</u>		Posição: <u>12</u>	
Agentes: <u>12</u>		Técnica: <u>12</u>		Operação: <u>12</u>	
Cirurgiões: <u>12</u>		Anestestistas: <u>12</u>		Observações: <u>12</u>	
Anestesistas: <u>12</u>		Marcos: <u>12</u>			

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"	
PATOS - PARAIBA	
Nome do Paciente:	Nº Prontuário
Data da Cirurgia 18.2.2016	Enf. 9
Cirurgião DR. ELPIDIO XAVIER	1º Auxiliar DR. ORLEY
2º Auxiliar	3º Auxiliar
Anestesista DR. RENE	Tipo de Anestesia GERAL
Diagnóstico Pré-Operatório	FRATURA MAXILA
	LAIBORTIF + FRATURA NARIZ
Tipo de Cirurgia	CREENTA
Diagnóstico Pós-Operatório	O llll llll
Relatório Imediato do Patologista	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Cirurgia	SEM OCORRÊNCIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) ANESTESIA
- 2) Colocação campo operatório
- 3) INCISÃO INTRAORAL
- 4) DESCOLAMENTO DOS TECIDOS
- 5) Redução
- 6) F.R.
- 7) Sutura

MATERIAL UTILIZADO

1 placa em T. 6 pontos 2.0

5 pontos 3.0 em.

Marcos Aurelio Vidal

Marcos Aurelio Vidal

~~8-7-1945~~

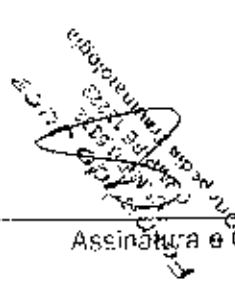
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Willy Silva Lima — portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 09:30 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S62 —, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 70
PROVINT dias, a partir desta data.

Patos-PB, 01/11/16


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, Willy Silva, autorizo o(a)
Dr.(a) Francisco José, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Francisco da Silva Lima
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE: Wally do Filho Lima

LEITO: _____

REG.: _____

DATA

HORA

09/02/16

Medic. Físico em do
Acho R

de Exame

Dr. Marcos Aurelio Vidal
11/02/16
10h

DML 10/02/16

* Paciente vítima de acidente motor-
ciclístico e trauma em face.
* RCB, consciente orientado.
* Ao exame: tórax em dorso normal,
mobilidade e crepantes ausentes, normal,
mobilidade maxilar, alteração ocular,
epistaxe em parados (P).
* HD: Exame de tort. a
* CD: 1) Exame TC de face.
2) TNA (P)
3) Realização BMT para TC de face.

Procedimento realizado em
CIRURGIA
SISTEMA 000000
CND 000 3312

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV, 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Wally da Silva Lima</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
QT. <u>9</u>	LEITO <u>06</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>20</u>	REGISTRO <u>62708</u>	
CIRURGIA			CIRURGIÃO <u>Dr. Joazeiro de Melo</u>		
ANESTESIA <u>Genal</u>			ANESTESISTA <u>Dr. Távio</u>		
INSTRUMENTADORA <u>Gregorio</u>		DATA <u>10-02-16</u>	INÍCIO <u>10:30</u>	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
✓	TX. de Instrumentador	✓	Equipo p/ soro e sangue <u>Soro</u>
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	☒	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	☒	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	☒	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	x	Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
-	Queilcin		Sonda Uretral
✓	Paralen <u>Romex novo</u>		Sonda Nasogástrica
✓	Dormlaid		Éter Sulfúrico
✓	Fentanil 0.05mg		Dreno Penrose
	Xilastesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	✓	Esparadrappo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0.5%	✓	PVPI Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0.5ml		Algodão Hidrofíto
	Narcen	✓	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	✓	Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Elfortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
✓	Colatolina 10g <u>Ceto bolina</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixel <u>Dexametazona</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plast <u>Nanzubran</u>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Diplona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	✓	Polycot 3-0 c/ agulha

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
ETRELI - ME

HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE: _____

LEITO: _____

REG.: _____

DATA	HORA	
12/02/16		BMF Pate no OZ DTH. Paciente vítima de acidente com ORN. TGB, archedo, amarelo, eufórico. Ao exame apresenta mobilidade funcional maxilar e O.P.N. cd. Presença em anexos ② Solic. Pisos Cirúrgicos ③ Recar. BMF
13/02/16	BMF	Paciente vítima de acidente de moto, em 12.05.14. apresentando fratura de maxila + fratura de nariz, sendo feita a redução e temporamento maxilar. Paciente eufórico, não refere dor, estando com mobilização nos membros direito e esquerdo. Foi submetido a redução cirúrgica. CONDIÇÃO: Neurofisiologia Bucal - retirada do temporamento maxilar Presença em anexos
14/02/16	BMF	Paciente vítima de acidente de moto, em 12.05.14. apresentando fratura de maxila + fratura de nariz, sendo feita a redução e temporamento maxilar. Paciente eufórico, não refere dor, estando com mobilização nos membros direito e esquerdo. Foi submetido a redução cirúrgica. CONDIÇÃO: Neurofisiologia Bucal - retirada do temporamento maxilar Presença em anexos

Marcos Aurelio Vidal
CNPJ 07.011.000/0001-00
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

DA CLÍNICA

Buco

ENFERMARIA

9ª

A CLÍNICA

CARDIO

LEITO

6

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco Cirúrgico

12/02/16

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Idade: 20 anos

Pré-op: fratura nariz

AP: nega

Medicacão: nega

Nega álcool

Nega tabagismo

EF

ACV: XCP em 21, DMF sem SA

FC = 70

AR: MV em AHT, sem RA

EXT: BPP, sem edemas

ECG: normal

Bom risco cirúrgico

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA ANTONIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA - PB (83)3423-2741

Prontuario: 62208
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 10/2/2016 00:05:34

Servidor do Dr.:

Paciente: WALLY DA SILVA LIMA

Idade: 20 Sexo: M

Filiação:
Pai: MANOEL BATISTA DE LIMA
Mãe: JANAINA DA SILVA LIMA

Endereço:
Cidade: SANTA TERESINHA - PB - 58720-000 - 2513802
Endereço: IZIDRO OLIVEIRA
Bairro: CENTRO
Naturalidade: SANTA TERESINHA - PB
Fone: (83)8107-1723

Documentos:
CNS:
Entidade: 4026684
CPF:
Reg. Nasco.:

Informações adicionais:
Nascimento: 15/4/1995
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável: *Wally da Silva*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Ac de Pto

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Marcos Aurelio Vidal
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Recepcionista: RICARDO

Em: *[Assinatura]*



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
D^a Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): WALLY DA SILVA LIMA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000119049 RC: NÃO INFORMADO
Data: 17-02-2016 11:44 Origem: 00 - unidade central
Idade: 20 anos Destino: 00 - unidade central

BIOQUIMICA

GLICOSE..... 75 mg/dl

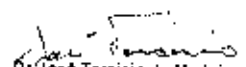
[DATA DA COLETA: 17/02/2016 11:35]
Material: Soro
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:
Glicemia de jejum:
50 a 99 mg/dLNormal
100 a 125mg/dL.....Pré Diabetes
Maior ou igual a 126mg/dL.....Diabetes melitus /
Gestacional

TRIGLICERIDEOS..... 102 mg/dl

[DATA DA COLETA: 17/02/2016 11:35]
Material: Soro
Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:
Ótimo..... < 150mg/dL
Limítrofe..... 150-200mg/dL
Alto..... 200-499mg/dL
Muito Alto..... > ou = 500mg/dL
"Esta determinação pode sofrer grande variabilidade biológica,
devendo ser avaliada a necessidade de confirmação pelo
médico."


Dr. José Tarcísio de Medeiros
CRF-PB 3381

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS

D^a Maria Dilva Carlos Diniz

17.02.2016

Sr(a): WALLY DA SILVA LIMA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000119049 RC: NÃO INFORMADO
Data: 17-02-2016 11:44 Origem: OU - Unidade central
Idade: 20 anos Destino: OU - Unidade central

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 17/02/2016 11:34]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos.....	4.47 milhões/mm ³	4.2 à 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12.3 g/dL	13.5 à 16.0 g/dL
Hematócrito.....	37 %	40.0 à 52.5 %
V.C.M.....	83 fL	82.0 à 92.0 fL
H.C.M.....	28 pg	27.0 à 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32.9 à 36.0 g/dL
RDW.....	14.1 %	Isocitosé : 11.5 à 15.0 %

SÉRIE BRANCA

	5.200 /mm ³ (%)	(/mm ³)	4.500 à 12.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos.....			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	0	0	
Segmentados.....	64,0	3.328	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 /mm ³
Eosinófilos.....	3,0	156	0,5 à 6,0 % - até 500 /mm ³
Basófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 /mm ³
Linfócitos.....			
Típicos.....	28,0	1.456	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 /mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	5,0	260	2,0 à 10 % - até 1.000 /mm ³

PLAQUETAS, CONTAGEM DE..... 265.000 /mm³

Método: AUTOMATIZADO

Material: Sangue Total

Valores de Referência:
150.000 à 450.000/mm³

Elaine Figueiredo

Dr^a Elaine Chailina Costa Figueiredo
CRF-PB 2582

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

GERIR
Instituto de gestão em Saúde



Paciente: WALLY DA SILVA LIMA
Médico Requiritante: DR MARCELO AUGUSTO SERAFIM
Convênio: HRP

Idade: 20 ANOS
Data: 10/02/2016
Comanda: 32605

HEMOGRAMA

Amostra: Sangue - EDTA
Método: Automatizado - MYTHIC - 18

Resultado Série Vermelha:

Hemácias 4.00 milhões/mm³
Hemoglobina 11.9 g/dl
Hematócrito 36 %
VCM 91 um³
HCM 30 pg
CHCM 33 %
R.D.W 13.5

Valores de Referência

Homem / Mulher

4.50 - 6.00 / 3.90 - 5.00

12.5 - 16.0 / 11.5 - 15.00

40 - 50 / 36 - 44

80 - 99

27 - 32

32 - 35

10 - 15

Série Vermelha: NORMOCITICA E NORMOCROMICA

Resultado Série Branca:

Leucócitos Totais 9400 /mm³
Promielócitos 0 % 0 /mm³
Mielócitos 0 % 0 /mm³
Metamielócitos 0 % 0 /mm³
Bastonetes 0 % 0 /mm³
Segmentados 80 % 7520 /mm³
Eosinófilos 2 % 188 /mm³
Basófilos 0 % 0 /mm³
Linfócitos 15 % 1410 /mm³
Monócitos 3 % 282 /mm³

4000 - 10000/mm³

0% / 0mm³

0% / 0mm³

0 - 1% / 1 - 100mm³

0 - 4% / 0 - 430mm³

40 - 65% / 1600 - 7000mm³

1 - 5% / 1 - 100mm³

0 - 1% / 1 - 100mm³

20 - 40% / 1500 - 4500mm³

2 - 10% / 100 - 1000mm³

Série Branca: LEUCOCITOS MORFOLOGICAMENTE CONSERVADOS

Contagem de Plaquetas 239.000 mm³

Valor de Referência: de 150.000 a 450.000 mm³

Plaquetas: PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE CONSERVADAS

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Dra. Juliana Maria da Costa
CRBM - 3708

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica
Este laboratório participa do Controle da Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas



PACIENTE:

Wally der Silberhirsche

LEJO

REF:

[illegible]

Nome do Paciente	WALLY DA SILVA GUEA			Nº Fronteiriço
Data de Cirurgia	10/02/16			Local
Cirurgião	DR. FRANK	1ª Auxiliar	DR. PAULO	
2ª Auxiliar				
Anestesiologista	DR. TAVI	Tipos de Anestesia	GENL	
Diagnóstico	fúnculo do intestino			
Tipos de Cirurgia	E			
Relatório Inicial de Patologia	tho crânio			
Exame Radiológico				
Acidente				

NOTA CÍRURGICA

Via de Acesso: ...

1) Parte ...

2) ...

3) ...

4) ...



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE FACULDADE DE MEDICINA

Nome do Paciente	WALLY DA SILVA Lima		
Data de Nascimento	10/02/46		
Cirurgião	Dr. Marcelo	Assistente	Dr. JAVES
2º Assistente		Residente	
Anestesiologista	Dr. Fábio	Tipos de Anestesia	Genl
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Cirurgia	Futuro em osm do		
Diagnóstico Pós-Operatório	Asfreses (2)		
Relatório			
Exame Pós-Operatório	tfo atenuado		
Acidente			

LAUDO DE AUTÓPSIA

Via de Acesso	Antes e Depois	Diagnóstico	Exame	Exame	Exame
①	Arter	Arter	Arter	Arter	Arter
①	Arter + Arter + Arter	Arter	Arter	Arter	Arter
①	Arter	Arter	Arter	Arter	Arter
①	Arter	Arter	Arter	Arter	Arter
①	Arter	Arter	Arter	Arter	Arter

Marcos Aurélio Vidal
07 NOV. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Dr. Marcelo Javés Silva
07 NOV. 2016

Marcelo Augusto Vial

07 NOV 2016

CORRETADEIRA S/A
CURITIBA - PR

DOCUMENTO 3 *T346*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

V-02
P-234

Sivanilda Oliveira Santos Medeiros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.853.821 -2 DATA DE EXPEDICAO 08/01/2014

NOME SIVANILDA OLIVEIRA SANTOS MEDEIROS

FUNCAO CICERO PAULO DOS SANTOS
MARIA DAS NEVES OLIVEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE PEDRA LAVRADA-PB DATA DE NASCIMENTO 24/11/1973

DOC ORIGEM CASAM N.49137 FLS.081 LIV.112
CARTORIO 1 CAMPINA GRANDE-PB

CPF 034.106.244-81

ASSINATURA OCULTA

LEI N° 7.116 DE 28/06/83

Marcos Aurelio Vidal

07 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PB Nº 012183571928
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 RENOVAÇÃO 0018199381-3 R.N.T.R.C. 00700000000 EXERCÍCIO 2015

LUIZ FELIPE COSTA
51901293491
MOT4740/PB
B2860
9C2JC2501RRS17602
PAS/MOTOCICLETA
GASOLINA
HONDA/CG 125 TITAN
1994
2 P/12 /CV
PARTIC
VERMELHA
IPVA PAGO EM
29/09/2015
FAIXA I (SVA)

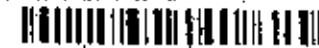
PARCELAMENTO / COTAS
0
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

NOV (R\$)
PRÊMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
SEGURO
PAGO
10/11/2015
REST. BEN. TRIBUTÁRIO
SANTA TERESINHA - PB
10/11/2015
9240
13749
PB Nº 012183571928 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
EXERCÍCIO
2015
DATA EMISSÃO
10/11/2015
VIA 1 RENOVAÇÃO 0018199381-3
PLACA
MOT4740/PB
RENDA
MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 TITAN
1994
DATA
9C2JC2501RRS17602
PRÊMIO TARIFÁRIO

AGENCIÁRIO (R\$)
CUSTOS SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)

NOV (R\$)
TOTAL PRÊMIO DO SEGURO (R\$)
SEGURO
PAGO
DATA DE PAGAMENTO
PAGAMENTO
DATA DE PAGAMENTO
☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.908/0001-04
www.seguredoraleder.com.br
13749-1050485-20151110

Marcos Aurelio Vidal
07 NOV. 2015
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Cartorio do Registro Civil
João Rufino de Lucena
Oficial
CEP: 58.720-000
Santa Terezinha - PB

Óbito Nº 866

CERTIFICO que, às fls 100 do livro Nº 0-2 do Registro de Óbito foi
Feito hoje, o assento de LUIZ FELIPE COSTA
falecido o a 10 de Setembro de 2007
às 13:20 horas, em Patos PB

DOCUMENTO 7 "T76"



do sexo masculino profissão aposentado
natural de Santa Terezinha PB
residente e domiciliado no Sítio Santana, Santa Terezinha PB
com 50 anos de idade, estado civil casado

filho de Joaquim Felipe Filho
de profissão já falecido natural de X X X
residente X X X X

e de Da. Maria de Lourdes Costa
de profissão já falecida natural de X X X
residente X X X X

Foi declarante Antonia Felipe Costa
sendo o atestado de óbito firmado por Dr. José Afonso Gayoso Filho
que deu como causa de morte Infarto Agudo do Miocárdio,
ICC, Doença de Chagas. e o sepultamento feito no cemitério de
Santa Terezinha PB

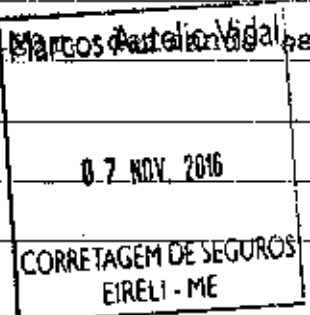
Observações Registrado de acordo com a Lei em v. Marcos Antonio Vidal
filhos e bens.

O referido é verdade e dou fé.

Cartorio do Registro Civil
João Rufino de Lucena
Oficial
CEP: 58.720-000
Santa Terezinha - PB

Santa Terezinha PB, 13 de Setembro de 2007

João Rufino de Lucena
OFICIAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160674992 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLY DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 09/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE FACE E FRATURA DE ANTEBRAÇO (DIVERGÊNCIA QUANTO AO LADO ACOMETIDO)

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160674992 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLY DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 09/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE FACE E FRATURA DE ANTEBRAÇO (DIVERGÊNCIA QUANTO AO LADO ACOMETIDO)

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160674992 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLY DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 09/02/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura bilateral dos ossos do antebraço. Fratura de face Le Fort II e dos ossos próprios do nariz.

Descrição do exame médico pericial: Vítima orientada no tempo e espaço. Cicatrizes cirúrgicas em face dorsal de ambos os antebraços. Sem limitação de prono-supinação ou de flexo-extensão dos cotovelos e punhos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem déficit de visão ou audição. Funções cognitivas preservadas.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico em caráter de urgência sendo realizada fixação das fraturas de antebraço com placas e parafusos. Permaneceu internado e, no dia 18/02/2016, foi submetido a nova cirurgia para fixação da face. Recebeu alta após 2 dias. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

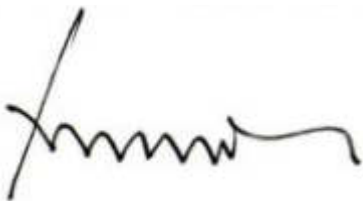
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: WALLY DA SILVA LIMA
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão: MAQUINISTA
 Identidade: 11026684 CPF: 114 110 464-26
 Endereço: R. APOLOMIO AMORIM 472 ALTO BAIXO

DOCUMENTO 4 "T490"



OUTORGADO:

Nome: SWANILDO LUIZ SANTOS MIPANO
 Nacionalidade: Brasileira Estado civil: CASADO
 Profissão: JORNALISTA
 Identidade: 1853821 CPF: 030 166 24487
 Endereço: JORNALISTA 6, BAYOS 26 MARZUVAL

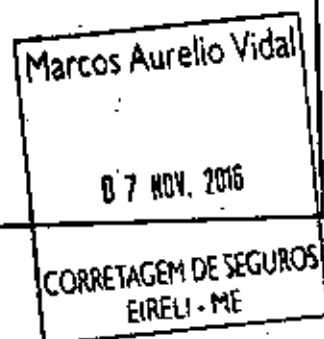
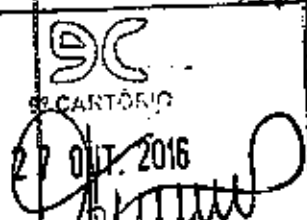
Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

CAMPINA GRANDE PB 27/10/2016
 LOCAL E DATA:



WALLY da Silva Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **WALLY DA SILVA LIMA** Sinistro: **3160674992** Data: **09/02/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Apolônio Amorim, 422 - Alto Branco - Campina Grande - PB - CEP 58401-528**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **4026684**

Data local do exame: [**22/11/2016**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura bilateral dos ossos do antebraço. Fratura de face Le Fort II e dos ossos próprios do nariz. Vítima orientada no tempo e espaço. Cicatrizes cirúrgicas em face dorsal de ambos os antebraços. Sem limitação de prono-supinação ou de flexo-extensão dos cotovelos e punhos. Sem lesão neurológica ou vascular. Sem déficit de visão ou audição. Funções cognitivas preservadas.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico em caráter de urgência sendo realizada fixação das fraturas de antebraço com placas e parafusos. Permaneceu internado e, no dia 18/02/2016, foi submetido a nova cirurgia para fixação da face. Recebeu alta após 2 dias. Realizou fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Ricardo Amorim Guedes Filho - CRM: 5628 - PB