

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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020431

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 03/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA 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



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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020431

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 03/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

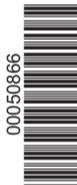
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 27 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020431 **Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA**

Data do Acidente: 03/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO BARBOSA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 00000105735-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASU:

CPF da vítima:
128.776.494-07

Nome completo da vítima:

Eduardo Barbosa da Silva

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

Nome completo:	Eduardo Barbosa da Silva		CPF:	128.776.494-07
Profissão:	Reciclagem	Endereço:	Rua São Miguel	Número: 511 Complemento: -
Bairro:	Centro	Cidade:	Baía da Traição	Estado: PB CEP: 58295-000
E-mail:				

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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 105735

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (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 (var 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, PB 08/01/2019
Nome: Eduardo Barbosa da Silva
CPF: 128.776.494-07

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: COMPREV

CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

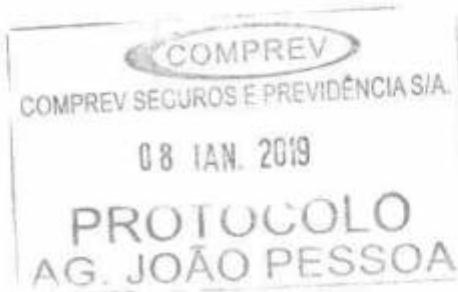
08 JAN. 2019

PROTÓCOLO
Lider Seguros

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 RODO, 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.





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10219.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10219.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:25 horas do dia 28 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Eduardo Barbosa da Silva**, CPF nº 128.776.494-07, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Reciclagem, filho(a) de Lindinalva Maria Braga e Cecílio Barbosa da Silva, natural de Sirinhaém/PE, nascido(a) em 20/05/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Miguel, bairro Centro, tendo como ponto de referência Aldeia São Miguel, na cidade de Baía da Traição/PB, telefone(s) para contato (83) 98731-6682.

Dados do(s) Fatos:

Local: Vila São Miguel, Vila São Miguel, Baía da Traição/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 03/02/2018, POR VOLTA DAS 08:30, ESTAVA DE CARONA EM UMA MOTOCICLETA, QUANDO O PILOTO DA MESMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA EVADIU-SE APÓS A QUEDA E NÃO SOCORREU ESTE NOTIFICANTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO, COM CID S72.3 E REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO CONSTANTE NO PRONTUÁRIO 110248, ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM/PB 2516; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, 28 de dezembro de 2018.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

EDUARDO BARBOSA DA SILVA
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
Procedimento Policial: 10219.01.2018.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:
128.776.494-07

Nome completo da vítima:

Eduardo Barbosa da Silva

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

Nome completo:	Eduardo Barbosa da Silva		CPF:	128.776.494-07
Profissão:	Reciclagem	Endereço:	Rua São Miguel	Número: 511 Complemento: -
Bairro:	Centro	Cidade:	Baía da Traição	Estado: PB CEP: 58295-000
E-mail:				

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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044

CONTA: 105735

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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 (var 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, PB 08/01/2019
 Nome: Eduardo Barbosa da Silva
 CPF: 128.776.494-07

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: COMPREV

CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

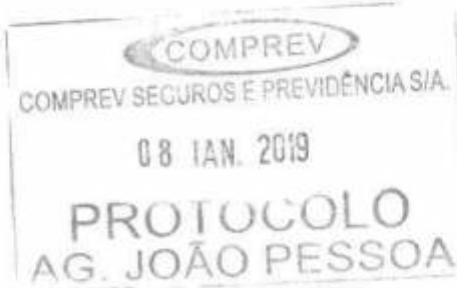
08 JAN. 2019

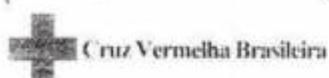
PROTÓCOLO
Lider Seguros

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 RODO, 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.





AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1098951



Identificação do paciente

ID 1312642	Nome EDUARDO BARBOSA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/05/1996	Idade 22 anos 3 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110248
Mãe LINDINALVA MARIA BRAGA				Pai CECILIO BARBOSA DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987316682	DDD Fixo 83	Fone Fixo 999438493	
Tipo documento RESERVISTA	Número documento 7997604		Nº Cns 706003341958448	
Local de procedência BAIA DA TRAIÇAO			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Naturalidade SIRINHAÉM			CBO/R	

Endereço

CEP 58295000	Município de residência BAIA DA TRAIÇAO	UF PB	Logradouro SAO MIGUEL
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 03/08/2018 13:21:57	Número da pulseira 1000006096068	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Origem do paciente RUA
			Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Transporte SEGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

CID

Tempo
01min 05seg

ASTICO
DE OLIVEIRA PORTO

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO BARBOSA DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 20/05/96

NOME DA MÃE LINDALVA MARIA BRAGA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.098.951

Nº PRONTUARIO 110.248

DATA DO ATENDIMENTO 03/02/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:21

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E

CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cerca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P

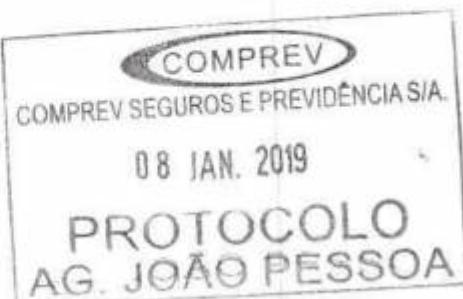
RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

RX da perna E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

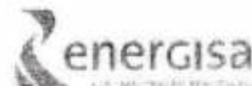
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000105735-0

Nr. da Autenticação 1759F14213336869

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento com valor Real.
Documento não é seguro-via ni conta.

Verifique sempre pagamento da fatura (faturada ou anotada) na

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crisópolis Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58074-020
CNPJ 05.885.183 / 0501-40 Insc. Est. 16.015.522-0

DADOS DO CLIENTE

EDUARDO BARROSA DA SILVA
RUA SÃO MIGUEL 8/N CASA
BAIA DA TRAIÇAO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1364073-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
12/12/2018	R\$ 0,00	1364073-2018-12-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

DEZ/2018

05/12/2018

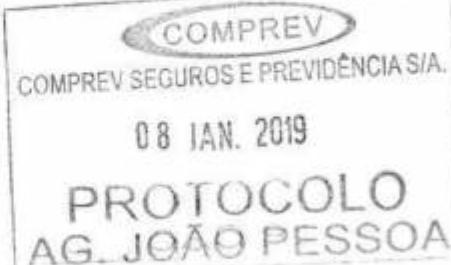
17

12/12/2018

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

EDUARDO BARBOSA DA SILVA
Roteiro: 02-015-200-0240
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 12/12/2018



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
AV. AUGUSTO JOSÉ DE CARVALHO, 1471 - SALA 09 - MANAUS/AM
JOÃO PESSOA - PB CEP: 58063-040 N° 11

CEP 58063-040 - PB
ENDERECO: RUA DOURADINHA, 1471
CÓDIGO POSTAL: 58063-040
Fone: (83) 3232-1430 - Telefax: (83) 3232-1433



ENERGISA
ESTADO: PARAÍBA, DISTRITO FEDERATIVO
CNPJ: 000163032587
CNPJ para OAB: Automática 000163032587

Atendimento ao Cliente ENERCISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.com.br

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

UC (Unidade Consumidora):	5/1698358-7
Canal de contato	

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
DEMONSTRATIVO				
CD - Descrição	Qntd. de Trabalho - Volts Basico (kWh) - Volts RE (Int. Circ. P/B) - Qntd.(kWh)			
001 Consumidor	200.075 9.021.73 780,40 16246,20 45,11 130,48 1,76 7,35			
001 Rec. Eletromotor	4,73 4,73 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0			0,00
001 Rec. Brinquedo	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00			0,00
LIGAMENTOS E SERVIÇOS				
001 CONTRIBUICAO P/LUM P/ PÚBLICA	11,24 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00			0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62

Histórico de consumo (kWh)
Nov/17 - Desp. 2018 - Fazita - Venda - Armação - Manhã - 2018 - 2018 - Agosto - Setembro - Outubro

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

Indicadores de Qualidade		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
220 VOLTS	193	
220 TRIMESTRAL	193	220
220 ANUAL	193	220
220 MENSAL	193	220
220 TRIMESTRAL	193	220
220 ANUAL	193	220
220 MENSAL	193	220
Total	193,62	100,00

ATENÇÃO	Naturas em atraso

Leratura confirmada

CONPREV
CONPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/11/2018	R\$ 198,62

Protocolo
JOÃO PESSOA
Data: 12-5-2018-400
Nº cto: 1698358-2018-11-4
836400000001-1 98620149000-0 16983582018-7 1140000619-4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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, juntamente com a respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo 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 e fechada, reasseguração e resseguro.

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

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.776.494-07, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizadas determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprovatórios:

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.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Rua Agente Fiscal José Costa Duarte	157	Sala 06
Mangabeira	Cidade	Estado	CEP 58056-384
Email	José Pessoa	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

José Pessoa , 08 de Janeiro de 2019

Local e Data

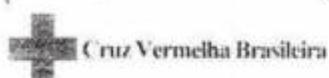
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

08 JAN. 2019

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
AG. JOSÉ PESSOA



AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1098951



Identificação do paciente

ID 1312642	Nome EDUARDO BARBOSA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/05/1996	Idade 22 anos 3 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110248
Mãe LINDINALVA MARIA BRAGA				Pai CECILIO BARBOSA DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987316682	DDD Fixo 83	Fone Fixo 999438493	
Tipo documento RESERVISTA	Número documento 7997604		Nº Cns 706003341958448	
Local de procedência BAIA DA TRAIÇAO			Tipo MUNICIPIO	UF PB
País	Naturalidade SIRINHAÉM		CBO/R	

Endereço

CEP 58295000	Município de residência BAIA DA TRAIÇAO	UF PB	Logradouro SAO MIGUEL
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 03/08/2018 13:21:57	Número da pulseira 1000006096068	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Transporte SEGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

CID

Tempo
01min 05seg

ASTICO
DE OLIVEIRA PORTO

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO BARBOSA DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 20/05/96

NOME DA MÃE LINDALVA MARIA BRAGA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.098.951

Nº PRONTUARIO 110.248

DATA DO ATENDIMENTO 03/02/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:21

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E

CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cerca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P

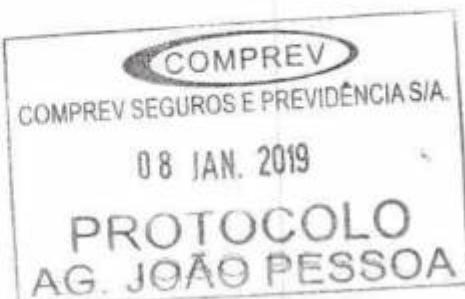
RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

RX da perna E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDUARDO BARBOSA DA SILVA

DADOS DE NASCIMENTO 20/05/96

NOME DA MÃE LINDALVA MARIA BRAGA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.098.951

Nº PRONTUÁRIO 110.248

DATA DO ATENDIMENTO 03/02/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:21

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR E

CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo Corpo de Bombeiros, há cerca de 1 hora, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor, deformidade e crepitação em coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P

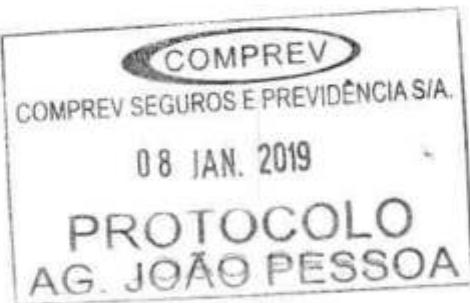
RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

RX da perna E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Raiff Gonçalves e Dr. Indalécio Pacelli no 1º tempo e pelo Dr. Rodrigo Amaral e José Rodriguez no 2º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 19/08/18

DATA DA EMISSÃO: 16/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MEDICO ESPECIALISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: EDUARDO BARBOSA DA SILVA			Número Prontuário: 110248
Data de 20/05/1996	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/08/2018 17:53:31	Data de Alta: 19/08/2018 09:25:53
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: Paciente internado com diagnóstico de fratura da diáfise femoral esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Procedimento sem intercorrências. Hoje apresenta-se em condições de alta hospitalar.			
Resumo da Internação: Paciente internado com diagnóstico de fratura da diáfise femoral esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Procedimento sem intercorrências. Hoje apresenta-se em condições de alta hospitalar.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise femoral - 19/08/2018 - Dr. Rodrigo Amaral			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: Retorno com 07 dias Orientações Evitar carga no membro inferior esquerdo			

Data: 19/08/2018

Dr. Marcos Vinícius A. Freitas
CRM-PB: 7605 - Membro Inferior
Médico Especialista

MARCOS VINÍCIOS AMORIM
FREITAS
CRM: 7605 - PB



**ASSISTENCIAIS**

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280000
 Tel: 32929050
 CNES: 7666772

Paciente EDUARDO BARBOSA DA SILVA	BAE 283741	Data/Hora Entrada 03/08/2018 11:37:05	Data Baixa 2018-08-03 12:22:55,0
Data de nascimento 20/05/1996	Idade 22a 2m 14d	Sexo Masculino	CNS 706003341958448 Telefone de Contato (83) 00000000
Mãe LINDALVA MARIA BRAGA			
Endereço SAO MIGUEL, S/N - CASA	Bairro CENTRO	Município BAIA DA TRAICAO	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA	Nº Cons. Regional 11253/PB
Data/Hora Classificação 03/08/2018 12:16:22		Data/Hora Prescrição 03/08/2018 12:22:59	

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, HÁ APROXIMADAMENTE 1H.

Exame Físico

IRR E CREPTAÇÃO A PALPAÇÃO EM COXA ESQUERDA. GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTOREATIVAS. PACIENTE COLABORATIVO E ESTÁVEL.

ID10

Código	Descrição
S72.8	Fraturas de outras partes do fêmur

Conduta

Alta médica

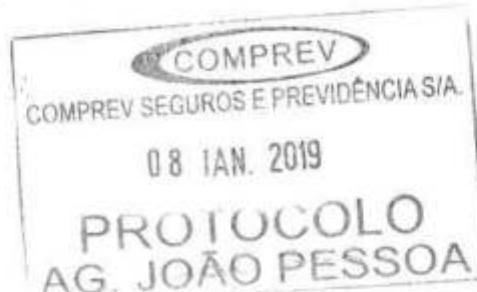
Alta Hospitalar

Usuário LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA	Data e Hora 03/08/2018 12:22:55
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações REGULAÇÃO AO TRAUMA

EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Dr. Lourdes Gabrielle Lima Beltrão
Médica
CRM-PB: 10.281
CRP-PE: 24.006

LUIS MARCOS MACHADO DE LIMA
(CRM: 11253/PB)



23/08/2018

Nº 72.18.0.8908 Voto de protesto resolto da 2ª turma do Conselho de Contabilidade e Tributário do Estado do Rio Grande do Sul

Conduta

Em observação

Enviado por BARBOSA DA SILVA

Dr. Thibério Vanomart
Ornamenta / Crédito de 2000
CRM/PB/22523 - SET 1444



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Eduardo Soárez de Silveira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: ____ / ____ / ____
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fixação de luxação do fêmur
 Cirurgião: Dr. Edilson Faria 1º Assistente: Dr. José Edmílton
 2º Assistente: Dr. Edilson Faria 3º Assistente: Dr. Lício Ribeiro
 Instrumentador: Alvino Anestesista: Dr. Henrique
 Tipo de Anestesia: Lorazepam Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fixo luxação do fêmur</u>	

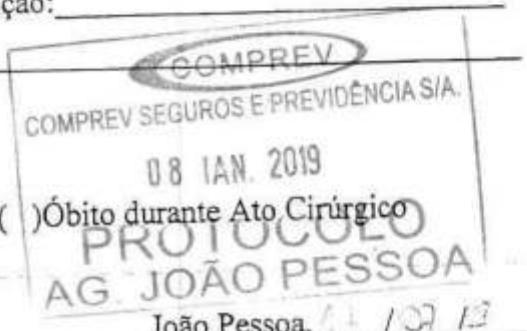
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência()



Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORN sob Anestesia
- Tepax + Autotransfusão + perfusão de suco contínuo

Incisão:

- Iatral do dorso expandido
- Sutura com plástico vicinal

Achados:

- Fístulae duodenais no fundo cecum

Conduta:

- Encalço mucoso de fistulas de fístula
- Remoção da fistula cecal e fechamento de sua extremidade
- Fechamento transversal de pô sto cecum com fita
-

Fechamento:

- Os plásticos articulados
- Sutura da cicatriz
- Váscula sanguínea

Observação:


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

08 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 11/07/17

Médico/CRM:

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF ID: 7941

NOME: EDUARDO BARBOSA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1098951
 IDADE: SEXO: MASC FEM COR: DATA: 3/8/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
 CIRURGIA: TRAÇÃO TRANSESQUELETICA DE TIBIAL ESQUERDO
 CIRURGÃO: DR RAIFF 1º ASS: DR PACELLI
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORARIO INÍCIO: TERMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM TIBIAL ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NAO

Descrição:

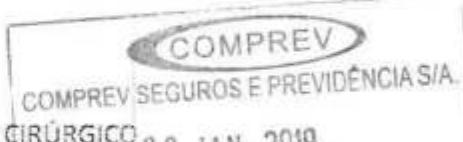
BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

 ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO



MÉDICO/CRM:

DATA: 8/2018
PROTOCOLO
AG. JOKUPESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

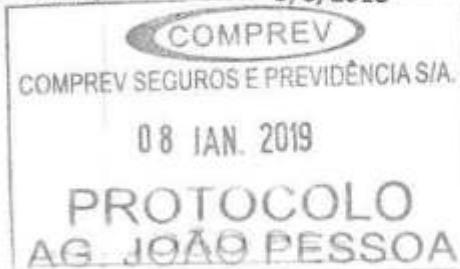
DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
	ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
	APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:	INCISÃO EM FACE LATERAL DE TIBIA ESQUERDA
Achados:	
Conduta:	PASSAGEM DE FIO KC 5 MM PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL E EM 1/3 SUPERIOR DE TIBIA ESQUERDA
	CURATIVOS ESTEREIS
	10KGS EM TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA
	RAIO-X CONTROLE
Escrimento:	
Observação:	10 KGS EM TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA

Médico/CRM:

Daniel
CRM 11134

João Pessoa,

3/8/2016



Nota de Sala Cirúrgica



02.01.2011

NOVME DO PACIENTE	<i>Eduardo Barbosa S. V.</i>				
IDADE	28	SEXO	MASCULINO		
CIRURGIA	<i>prcope homenqueltico MLE</i>				
CIRURGÃO	<i>Roberto S. Faria Doniz (RSD)</i>				
ANESTESIA	<i>Sedacor Andre</i>				
ANESTESISTA					
INSTALAMENTO					
DATA	05/02/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	16:00 - 16:30		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA I (SAIA 2) ASA II (SAIA 3) ASA III (SAIA 4) ASA IV (SAIA 5)					
GRADUATAMINAÇÃO (LIMPIDA) / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL 5		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADON	
BUPIVACAINA ISOHIDRICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADON	
BUPIVACAINA PESADA		JELCO N°22		FIO DE NYLON	
ETANALINA		JELCO N°24		FIO DE NYLON	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORAXIAN		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°12	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVP TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAINA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAINA C VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X98		LUVA ESTERIL N°8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N°8,5	FITA CARDIACA	
NIMBRUM	AGULHA PERIDURAL N°10		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCREONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO	CTIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G		SC ALP N°18	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SC ALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCUROSIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°	
SL XAMETONIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TROPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRANPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA VENTRICULAR
AGL. A DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAAT
BENTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 21/15 N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 21/15 N°14	
DIPIRONA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
EFEDRINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
TI ROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SL (CÃO)		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	OK	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEN)	PLACAS
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE	OK FIO EC		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	50		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.
TENONICAS		ESPADRADERO	OK	FIO ALGODÃO S. A.N°	1. CATETER ELÉTRICO
		GAZES	OK	FIO ALGODÃO S. A.N°	2. ECGO
		GAZES ALGODODADAS		FIO ALGODÃO C. A.N°	3. ECGO MONITOR
		GEL ELETROLITICO		FIO ALGODÃO C. A.N°	4. DESFIBRILADOR
		JELCO N°14			5. FOCO AXILLAR
		JELCO N°16			6. FOCO CENTRAL
					7. MICROSCOPIO
					8. TROMMETE DE P. USO
					9. TROMMETE C. TUBO INVASIVA
					10. THERMOMETER CIRURGICO
					11. SERRA
					12. CIRCULATOR

*PROTÓCOLO
AG. JOÃO P. R.*

08 JAN. 2019




卷之三

FICHA DE ANESTESIA

DATA 03/08/2018

PRONTUÁRIO:

1098951

PACIENTE:	(Edmundo B. de Oliveira		SEXO: M	COR: Br	IDADE: 22				
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	<input checked="" type="checkbox"/>	RESPIRAÇÃO	12	TEMPERATURA PESO	36	GRUPO SANGUÍNEO		
ESTADO GERAL	() BOM	(X) REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	() BOM	(X) REGULAR	() MAU	() PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES									
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATÓRIO	OK					
AP. DIGESTIVO			ESTADO MENTAL	LAR		DROGAS EM USO			
PRÉ-ANESTÉSICO									ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE / HORA									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	frissouli da fofura								
CIRURGIA REALIZADA	TME T transversalis								
CIRURGIÃO	AUXILIARES								
INÍCIO DA ANESTESIA			TÉRMINO DA ANESTESIA			DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.			VALORES R\$			
ANESTESISTA	Dr. André		CPF			CRM-PB			
						7779			

ANESTESA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS _____

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
DOSE	Volume em ml
NAOL	1
SANGUE	2
ROGER	3
TOTAL	4
DESTINO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> UTI	<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
5	15
6	16
7	17
8	18
9	19
10	20
CONPREV	

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

~~COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.~~

~~COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.~~

08 JAN 2019

**PROTÓCOLO
AG. JOAQUIM PESSOA**



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**



Número: _____
Paciente: Eduardo Bontan da Silveira
Procedimento: Tireoide Tiroglicétila
SUS: Não SUS:
Médico: Roberto

Prontuário: 10418951
Data: 03/08/18
Reposição:

Data: _____ / _____ / _____

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fio de Steiman 5.0	01		
A	6			

COMPRENSIÓN LECTURA

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
IAN. 2019				
ECOBSE PREVIDÊNCIAS				
COMPREV				
DR RAFFI LEITE SOARES	Centro de Interventas			

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA DE FOTOGRAFIA - CORRE

Dr Raiff Leite Soare
topedia a Traumatolog
CRM-FB 9358 SIN

NATURAL HISTORY

RESPONSABILITÉ

F(NG).APC.013-2

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES	_____
4 - CNES	_____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

TRAUMA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eduardo Barbosa da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1098951

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
/ / /

9 - SEXO
Masc 1 Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDARIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-GTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-GTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-GTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**01 Fio ICC 5.0
Steeman**

**COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

08 JAN. 2019

PROTOCOLO

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/01/18

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

**Dr. Raíf Laita Soares
Ortopedia e Traumatolog
CRM-PB 9350
Trat. 15012**

43 - ASSESSOR
DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

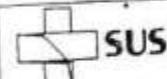
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Único de da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Htcp

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Eduardo Barbosa da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RIB

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-GDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-GDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-GDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TMC CX 4,5

el Place Laranj 12 Fase 1
Parafusos certificados N° 32 - C2
N° 36 - C4
N° 34 - C1



39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/03/18

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSEH)



44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS CPF

PatientID:	000000070664	Sex:	Masculino
PatientName:	EDUARDO BARBOSA DA SILVA	BirthDate:	20.05.1996
		Age:	22a.

StudyDate:10.12.2018

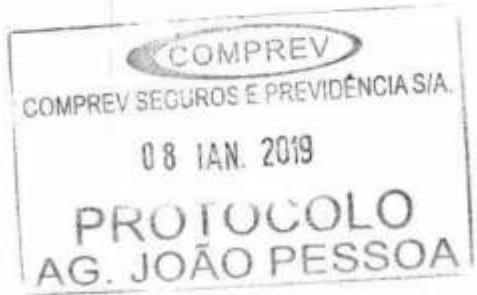
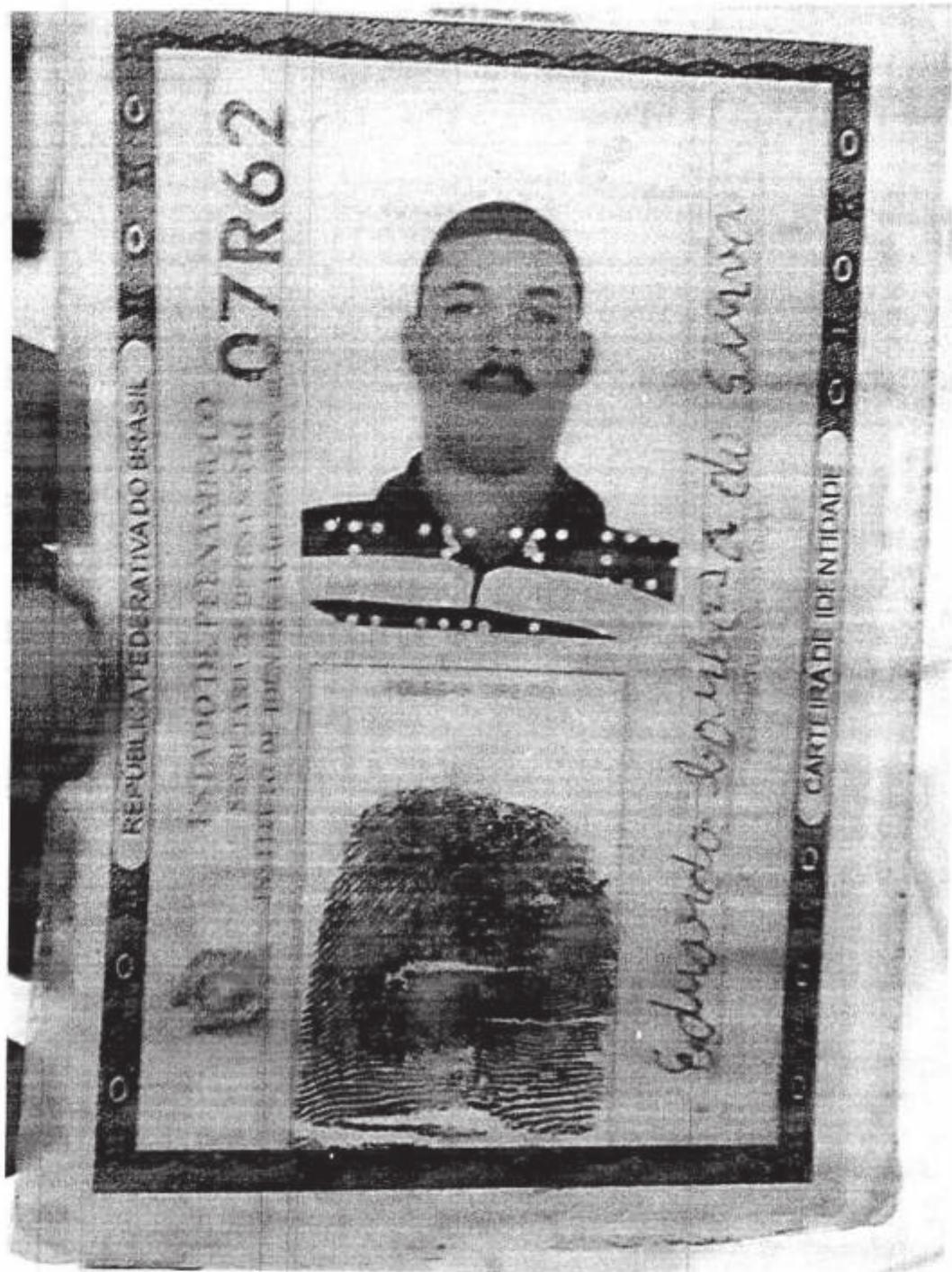
E

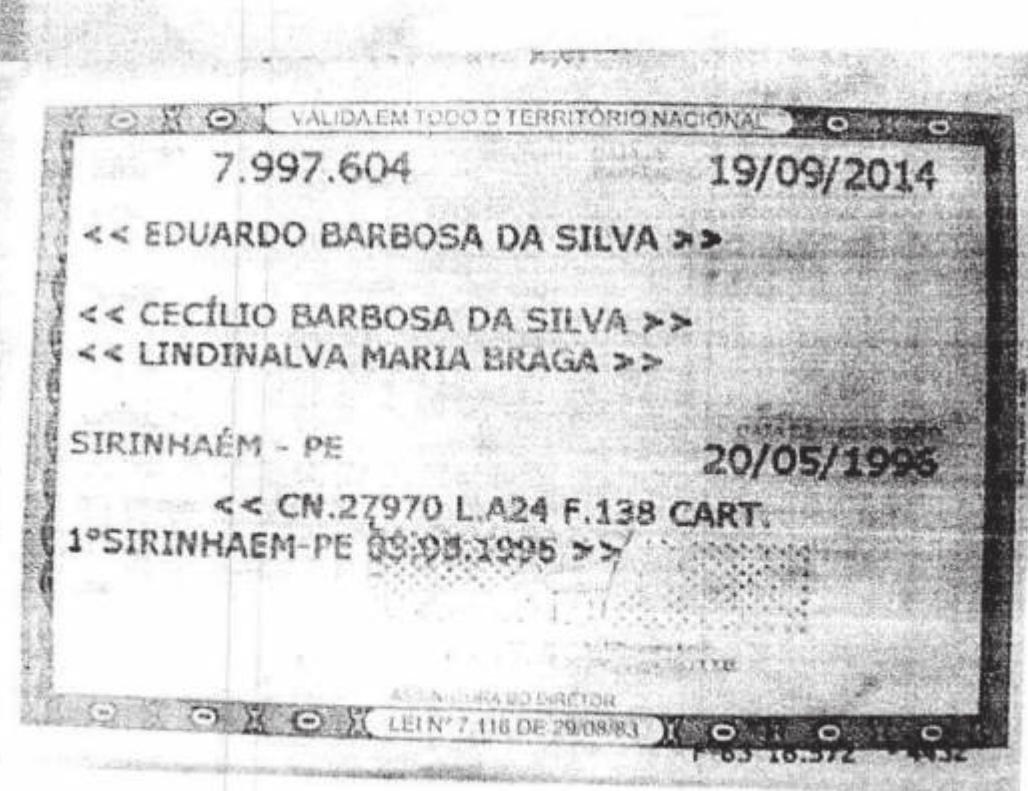
Image:1 Series:1 AS/A
COMPREV SEGUROS E PRESTADORES

08 JAN. 2019

HTOP

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

128.776.494-07

Nome

EDUARDO BARROSO DA SILVA

Nascimento

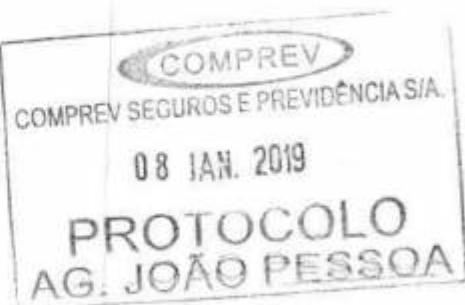
20/05/1996

VÁLIDO APENAS COM O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 JAN. 2019

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020431 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020431 **Cidade:** Baía da Traição **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 03/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS (TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA, PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Edmundo Barbosa do Silva, brasileiro(a), estado civil SÓTEIRO, profissão AUTOMÓMO, CI RG nº 7.997.604, CPF/MF nº 128.776.494-07, residente e domiciliado(a) à Rua São Miguel, 51/N, Cidade de Baix da Traças, Estado Paraíba, CEP: 58295.000, telefone (83) 98663-4900 (83) 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

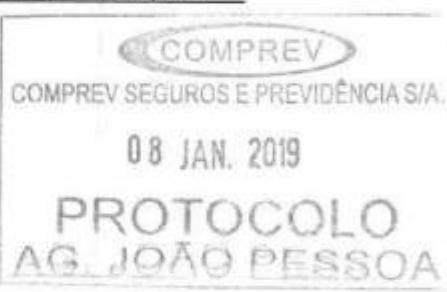
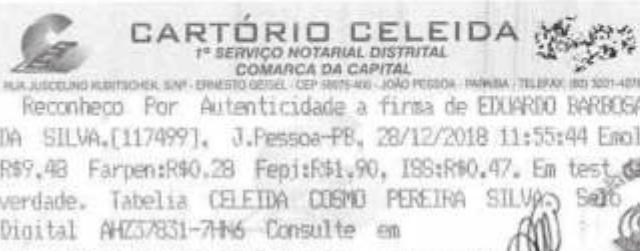
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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

João Pessoa, 28 de dezembro de 2018.



Edmundo Barbosa do Silva

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008388/19

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

CPF: 128.776.494-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2018

Titular do CPF: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

EDUARDO BARBOSA DA SILVA : 128.776.494-07

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: 08/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008388/19

Número do Sinistro: 3190020431

Vítima: EDUARDO BARBOSA DA SILVA

CPF: 128.776.494-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/02/2018

EDUARDO BARBOSA DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA