

---

**Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190332546**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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

---

**Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190332546**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428159**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428159**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **0000036734-4**

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, retorne 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](http://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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 032 318 674 28 Nome completo da vítima: José Odair do S. Felix

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

Nome completo: José Odair da S. Felix CPF: 032 318 674 28

Profissão: Recusado Endereço: Rua Diógenes Gomes da Silva Número: 510 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

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

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 36 734 4

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/19

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Agencia OP. Conte  
0036 013 367344

Jose Odair



Baixar o aplicativo do Seguro Dólar

Caixa

27/04/2019	Aviso de	Sinistro
<hr/>		











**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04752.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04752.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 06 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Odaír do Nascimento Felix**, CPF nº 032.318.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Francisca Cassiano do Nascimento e Pedro Jose Felix, natural de Serrinha/RN, nascido(a) em 07/03/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Diogenes Gomes da Silva, Nº 325, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Cidade Verde, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98718-5282.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Rua Bacharel Jose de Oliveira Curchatuz, Bessa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA TARDE DO DIA 10/01/2019, POR VOLTA DAS 17:15, ESTAVA GUIANDO UMA BICICLETA NA RUA BACHAREL JOSE DE OLIVEIRA CURCHATUZ, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATORIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA BICICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX



Procedimento Policial: 04752.01.2019.1.00.401



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04752.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04752.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 06 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Odaír do Nascimento Felix**, CPF nº 032.318.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Francisca Cassiano do Nascimento e Pedro Jose Felix, natural de Serrinha/RN, nascido(a) em 07/03/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Diogenes Gomes da Silva, Nº 325, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Cidade Verde, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98718-5282.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Rua Bacharel Jose de Oliveira Curchatuz, Bessa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA TARDE DO DIA 10/01/2019, POR VOLTA DAS 17:15, ESTAVA GUIANDO UMA BICICLETA NA RUA BACHAREL JOSE DE OLIVEIRA CURCHATUZ, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA BICICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Noticiante

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 04752.01.2019.1.00.401



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 032 318 674 28 Nome completo da vítima: José Odair do S. Felix

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

Nome completo: José Odair da S. Felix CPF: 032 318 674 28

Profissão: Recuso Endereço: Rua Diógenes Gomes da Silva Número: 510 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

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

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 36 734 4

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/19

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

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

(\*) Assinatura de quem assina o BOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Agencia OP. Conte  
0036 013 367344

Jose Odair



Baixar o aplicativo do Seguro Dólar

Caixa

27/04/2019	Aviso de	Sinistro
<hr/>		









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



DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MEDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX
DATA DE NASCIMENTO	07/03/74
NOME DA MÃE	FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.134.988
DATA DO ATENDIMENTO	10/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic) (colisão veículo x bicicleta), apresentando abrasões em hemiface direita e dor com deformidade em punho esquerdo. Glasgow 15. Presença de fratura de rádio distal esquerdo, com indicação de transferência para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo.

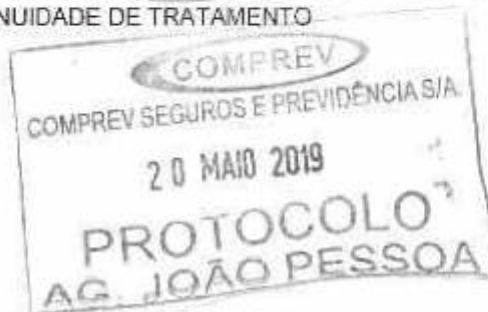
### TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	10/01/19
DATA DA EMISSÃO:	08/04/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Boletim de Atendimento: 1134988



ID 1364848	Nome JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		Sexo Masculino			
Data de nascimento 07/03/1974	Idade 44 anos 10 meses 3 dias	Estado civil	Religião			
Mãe FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO		Pai PEDRO JOSE FELIX				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO REGIS DE ARAUJO - ACOMPANHANTE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 956755688	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1707878	Nº Cns				
Local de procedência BESSA		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade SERRINHA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58059122	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DIOGENES GOMES DA SILVA			
Número 325	Complemento	Bairro MANGABEIRA				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 10/01/2019 17:50:01	Número da pulseira 1000004453665	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
<b>Sinais Vitais</b>						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CD
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						Tempo 59seg

Imprimer



# 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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

BANCO: 104

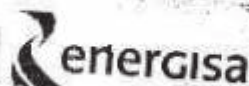
AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000036734-4

---

Nr. da Autenticação 4F68BE0DCE58F78B

EDNALVA ALMEIDA DE SOUZA  
NASCIMENTO JOMES DA SILVA, SR. (CPF: 12.345.678-90)  
JOÃO PESSOA (RUA: 12345, 12345)



Uso: RESIDENCIAL  
Cidade: RESIDENCIAL - BARRA VERDE  
Rua: 123, 456  
Município: 55000-000

EMPRESA: ENERGISA  
RUA: 123, 456 - C.A. 123456789 - CEP: 55000-000  
CNPJ: 08.195.123/0001-40 - Insc. Est: 12.345.678-90

Nota Fiscal: 123456789 - Emissão: 05/04/2019  
Cód. para Deb. Automático: 0000232983

[Redacted area]

Mar / 2019 07/03/2019 05/04/2019 090.870,244.87

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

[Redacted area]

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

RESERVADO AO FISCO

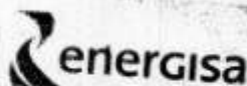
8b34.f95d.bccc.39a6.c885.4f26.0858.01ec

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Gás do Energisa	15.50	15.50
Serviço de Energia	28.00	28.00
Serviço de Transmissão	3.50	3.50
Serviço de Distribuição	3.62	3.62
Serviço de Geração	47.87	47.87
Serviço de Manutenção	0.01	0.01
Total	89.36	100.00

Rev/19 67.02

**EDIVALVA ALMEIDA DE SOUZA**  
RUA ODONIS GOMES DA SILVA, 81W QD 228 LT 18, MANDUADEIRA  
JARDIM PIEDADE / PB CEP: 57000-000



Ligação MONOFÁSICA  
Código REG MT 001 / RESIDENCIAL - BARRA PIEDADE  
Roteiro 3 - 5 - 328 - 320 Referência: Mar/2019  
Medidor 00009100913 Data: 07/03/2019

ENERGISA PARÁRTE. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
RUA AMZ - Centro Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 09.095.103/0001-40 Ins. Est. 16.016.923-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica Nº 021 367 821  
Cód. para Dth Automático: 0008232983

Mar/2019

07/03/2019

05/04/2019

680.670.244-87

**ATENÇÃO - SENSÃO CADASTRAL 2019**  
Deputado a Prefeitura de sua cidade de 18/11/2018 para verificar  
dados cadastrais (Unidade e endereço) e para a entrega de  
Energia. Para isso, a Prefeitura de João Pessoa - PB, através da  
Associação de Energia Elétrica de João Pessoa (AEEJP), a  
qual é a responsável pela distribuição de energia elétrica no  
município, solicita a atualização dos dados cadastrais e a  
assinatura do responsável pela unidade e endereço, para a  
atualização do cadastro e a emissão da Nota Fiscal de Energia Elétrica.  
A atualização dos dados cadastrais e a assinatura do responsável  
pela unidade e endereço, devem ser realizadas até o dia 15/04/2019.  
A falta de atualização dos dados cadastrais e a assinatura do  
responsável pela unidade e endereço, resultará na emissão da  
Nota Fiscal de Energia Elétrica com base nos dados cadastrais  
existentes no sistema da AEEJP, o que pode resultar em  
erros na cobrança e na emissão da Nota Fiscal de Energia Elétrica.

Data	Leitura	Data	Leitura
07/03/19	22007	05/04/19	22211
Consumo			
000	Consumo - 10 kWh BR	Quantidade Teórica	Valor Base Consumo
080	Consumo - 31,8 kWh BR	20,000 0,287540	8,62 8,62 27 2,33
090	Consumo - 101,0 kWh BR	70,000 0,402880	28,20 28,20 27 8,21
095	Consumo - 101,0 kWh BR	38,000 0,789420	29,81 29,81 27 8,79
098	Consumo - 101,0 kWh BR	40,000 0,789420	31,61 31,61 27 9,25
TAXAS E SERVIÇOS			
000	CONTRIBUIÇÃO EMPREGADA	3,79 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
080	JUROS DE MORADOR 2019	1,00 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
0100	MULTA 01/2019	1,38 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
0800	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR OMV 01/2019	0,43 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00
0900	Descontos	28,75 0,00 0,00	0,00 0,00 0,00

CCI - Cotação de Criação de Item - TOTAL 88,24 111,74 20,18 111,74 1,18 5,80  
Total Teórico - 88,24 111,74 20,18 111,74 1,18 5,80

14/03/2019 14/03/2019  
270 149 121 130 151 158 1 148 147 1 135 128  
Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

8b34.f95d.becc.39a6.c865.4f26.0858.01ec

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Out. de Energia PB	16,58	18,56
Consumo de Energia	23,88	26,98
Serviços de Transmissão	1,89	2,13
Energia Soturna	3,92	4,39
Impostos Diretos e Encargos	42,02	47,60
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	88,26	100,00

Mar/19 87,02

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

JUL. 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/coma de energia elétrica. N° 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

### REFERÊNCIA

ABR/2019

### APRESENTAÇÃO

18/04/2019

### CONSUMO

208

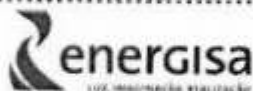
### VENCIMENTO

26/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AZUL

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

83690000001-6 82900149000-4 16983582019-5 04700005019-6

### VENCIMENTO

26/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

### MATRÍCULA

1698358-2019-04-7



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA KLEBER DA SILVA SANTANA, 15 - JARDIM ALVARO, MARACANA  
22040-000 - RIO DE JANEIRO, RJ

Endereço: 21700-000 - RIO DE JANEIRO, RJ  
Data de emissão: 21/01/2019  
Assinatura: 12-4-2019

ENERGISA  
21700-000 - RIO DE JANEIRO, RJ  
Data de emissão: 21/01/2019  
Assinatura: 12-4-2019

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/CNPIS RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.843.234-48

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Qualquer dúvida sobre a sua conta ou sobre a qualidade do serviço, entre em contato conosco pelo telefone 0800 083 0196 ou pelo e-mail atendimento@energisa.com.br. Também é possível acessar nosso site: www.energisa.com.br.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 20/01/19	Data 21/01/19			
			222	01
Demonstrativo				
Consumo Teórico: 222 kWh (baseado no consumo médio de 222 kWh/mês)				
Consumo Real: 222 kWh (baseado no consumo real de 222 kWh/mês)				
Consumo Médio: 222 kWh (baseado no consumo médio de 222 kWh/mês)				
Consumo Máximo: 222 kWh (baseado no consumo máximo de 222 kWh/mês)				



Média última meses (kWh): 222  
VENCIMENTO: 28/01/2019  
TOTAL A PAGAR: R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh):  
01/01/19: 222 kWh  
02/01/19: 222 kWh  
03/01/19: 222 kWh  
04/01/19: 222 kWh  
05/01/19: 222 kWh  
06/01/19: 222 kWh  
07/01/19: 222 kWh  
08/01/19: 222 kWh  
09/01/19: 222 kWh  
10/01/19: 222 kWh  
11/01/19: 222 kWh  
12/01/19: 222 kWh  
13/01/19: 222 kWh  
14/01/19: 222 kWh  
15/01/19: 222 kWh  
16/01/19: 222 kWh  
17/01/19: 222 kWh  
18/01/19: 222 kWh  
19/01/19: 222 kWh  
20/01/19: 222 kWh  
21/01/19: 222 kWh  
22/01/19: 222 kWh  
23/01/19: 222 kWh  
24/01/19: 222 kWh  
25/01/19: 222 kWh  
26/01/19: 222 kWh  
27/01/19: 222 kWh  
28/01/19: 222 kWh  
29/01/19: 222 kWh  
30/01/19: 222 kWh  
31/01/19: 222 kWh

Indicadores de Qualidade				Indicadores		
Indicador	Limites da ANEEL	Agrupado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (V)	%
Qualidade de Energia	99,99%	99,99%	220V	Qualidade de Energia	99,99%	99,99%
Qualidade de Tensão	99,99%	99,99%	220V	Qualidade de Tensão	99,99%	99,99%
Qualidade de Frequência	99,99%	99,99%	60Hz	Qualidade de Frequência	99,99%	99,99%
Qualidade de Fator de Potência	99,99%	99,99%	0,95	Qualidade de Fator de Potência	99,99%	99,99%
Qualidade de Harmônicos	99,99%	99,99%	5%	Qualidade de Harmônicos	99,99%	99,99%
Qualidade de Interferência Eletromagnética	99,99%	99,99%	100V/m	Qualidade de Interferência Eletromagnética	99,99%	99,99%
Qualidade de Segurança	99,99%	99,99%	100V/m	Qualidade de Segurança	99,99%	99,99%
Qualidade de Disponibilidade	99,99%	99,99%	100V/m	Qualidade de Disponibilidade	99,99%	99,99%
Qualidade de Satisfação	99,99%	99,99%	100V/m	Qualidade de Satisfação	99,99%	99,99%

ATENÇÃO

Assinatura



VENCIMENTO: 28/01/2019  
TOTAL A PAGAR: R\$ 195,22  
63680000001-6 95220149000-7 16983582019-5 01300005019-8



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Odair do N. Felix inscrito (a) no CPF sob o nº 032.318.674, 28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Odair do N. Felix

inscrito (a) no CPF sob o nº 032.318.674, 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/19

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Odair do N. Felix inscrito (a) no CPF sob o Nº 032318674, 28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima José Odair do N. Felix

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032318674, 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/19

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Neuro

Paciente <b>JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX</b>	BAE <b>1134988</b>	Data/Hora Entrada <b>10/01/2019 17:50:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>07/03/1974</b>	Idade <b>44a 10m 3d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 996755688</b>
Endereço <b>DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>VINICIUS NUNES ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>4661/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/01/2019 18:02:43</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/01/2019 18:12:29</b>	

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE BICICLETA, APRESENTANDO ABRASÕES EM HEMIFACE DIREITA E DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO. GCS 15.

COND.: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL;  
A/C DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA.**CUIDADOS**

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

**CID10**

Código	Descrição
T00.8	Traumatismos superficiais envolvendo outras combinações de regiões do corpo

**Conduta**

Em observação.

Vinicius N. Andrade  
Médico-Cirurgião Geral  
CRM-PB 4661

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

VINICIUS NUNES ANDRADE  
(: 4661/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX</b>	BAE <b>1134988</b>	Data/Hora Entrada <b>10/01/2019 17:50:01</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>07/03/1974</b>	Idade <b>44a 10m 3d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 996755688</b>
Endereço <b>DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>7030/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/01/2019 18:02:43</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/01/2019 20:34:27</b>	

**Anamnese**

NEURO==

ACIDENTE CICLISTICO.  
ECG 15PTS.TCC:  
SEM ALTERAÇÕES NCX.CD:  
ALTA DA ESP.  
ORIENTAÇÕES  
SEGUE PELA ORTOPEDIA.**Conduta**

Em observação

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO  
(CRM: 7030/PB)

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº
JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		07/03/1974	44a 10m 4d	MASCULINO	113
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade
Convenio		Matrícula			10/01
SUS					
				Data da entrada:	Data da internação:
				10/01/2019 17:50:01	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1	Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML	E.V.	
	Diluir em DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		
2	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	
3	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	E.V.	
4	CURATIVO	0,0			

RAIFF LEITE SOARES  
CRM: 9350

Reim

Ass



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931828014

Data Nasc: 07/03/1974 - 44 anos

Paciente: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Data Exame: 10/01/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.  
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.  
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.  
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.  
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.  
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.  
Não há sinais de coleções extra-axiais.  
Calota craniana sem alterações.  
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 10/01/2019 19:59.*

**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MEDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX
DATA DE NASCIMENTO	07/03/74
NOME DA MÃE	FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.134.988
DATA DO ATENDIMENTO	10/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), (colisão veículo x bicicleta), apresentando abrasões em hemiface direita e dor com deformidade em punho esquerdo. Glasgow 15. Presença de fratura de rádio distal esquerdo, com indicação de transferência para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo.

### TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

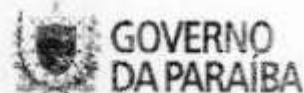
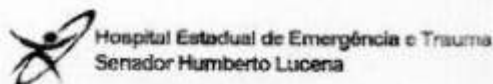
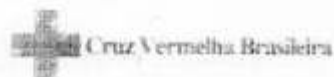
ALTA HOSPITALAR: 10/01/19  
DATA DA EMISSÃO: 08/04/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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







# AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

*Novo*

Paciente <b>JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX</b>	BAE <b>1134988</b>	Data/Hora Entrada <b>10/01/2019 17:50:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>07/03/1974</b>	Idade <b>44a 10m 3d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 996755688</b>
Endereço <b>DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>VINICIUS NUNES ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>4661/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/01/2019 18:02:43</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/01/2019 18:12:29</b>	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE BICICLETA, APRESENTANDO ABRASÕES EM HEMIFACE DIREITA E DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO. GCS 15.

COND.: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL;  
A/C DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA.

## CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

## CID10

Código	Descrição
--------	-----------

T00.8 Traumatismos superficiais envolvendo outras combinações de regiões do corpo

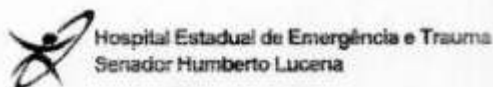
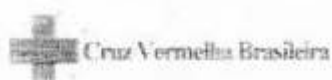
## Conduta

Em observação

Vinicius N. Andrade  
Médico-Cirurgião Geral  
CRM-PB 4661

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

VINICIUS NUNES ANDRADE  
(: 4661/PB)



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX	BAE 1134988	Data/Hora Entrada 10/01/2019 17:50:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/03/1974	Idade 44a 10m 3d	Sexo Masculino	CNS
Mãe FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO			Teléfono de Contato (83) 996755688
Endereço DIOGENES GOMES DA SILVA, 325			Prontuário
Bairro MANGABEIRA			UF PB
Município JOAO PESSOA			Nº Cons. Regional 7030/PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO	
Data/Hora Classificação 10/01/2019 18:02:43		Data/Hora Prescrição 10/01/2019 20:34:27	

**Anamnese**

NEURO==

ACIDENTE CICLÍSTICO,  
ECG 15PTS.TCC:  
SEM ALTERAÇÕES NCX.CD:  
ALTA DA ESP.  
ORIENTAÇÕES  
SEGUE PELA ORTOPEDIA.**Conduta**

Em observação

Dr. Lavoisier Feitos Neto  
Neurointervencionista Sênior  
Neurocirurgia CRM-PB 7030

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO  
(CRM: 7030/PB)



# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	10/01/19 21:46
Usuário:	RAIFF LEITE
Boletim:	1134988



Nome	JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX	Data de Nascimento	07/03/1974	Idade	44a 10m 4d	Sexo	MASCULINO	Nº Prontuário	1134988	Data Prescrição	10/01/2019 21:46:46
Motivo do Afastamento											
Convenio											
SUS											
Enfermaria / Leito											
Matrícula											
Validade da Prescrição	10/01/2019 21:46:00 - 11/01/2019 21:46:00										
Senha											

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento

1	Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
	Diluir em	2,0	ML				
2	TRAMADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				
3	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG				
4	CURATIVO	0,0					

Reimpresso por: -  
dia: -

RAIFF LEITE SOARES  
CRM: 9350

Assinatura e Carimbo do Profissional

*[Handwritten Signature]*  
Dr. Raiff Leite Soares  
Médico de Emergência





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931828014

Data Nasc: 07/03/1974 - 44 anos

Paciente: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Data Exame: 10/01/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.  
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.  
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.  
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.  
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.  
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.  
Não há sinais de coleções extra-axiais.  
Calota craniana sem alterações.  
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 10/01/2019 19:59.*

**Dr. Igor Motta de Aquino**  
**CRM: 6512- PB**

## CERTIDÃO

*bug*  
Nº. 0773/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 196721 e prontuário 2019.01.001182 pertencentes ao paciente **JOSÉ ODAIR DO NASCIMENTO FÉLIX** que foi atendido dia 11/01/2019 às 15h04min, vítima de queda de bicicleta, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do punho (radio distal)esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico no dia 23/01/2019 com alta médica no mesmo dia.

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

João Pessoa, 21 de Maio de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - - CNPJ:

Ficha Nr: 196721 Atcd: Nao Regular  
Data: 11/01/2019  
Hora: 00:01:40  
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S;  
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.01.001182

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1707878 Fone: 987185282

Natural: SERRINHA/RN Data Nasc.: 07/03/1974 Id: 44 ano(s)

End.: RUA DIOGENES GOMES DA SILVA, 325

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO

Pai: PERO JOSE FELIX

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação:

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Te loc. Responsavel: 987185282 / IDENTIDADE: 1707878

Indicencia: HOSPITAL TREAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Observacao

15 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Caixa Principal

TRAUMA DE PUNHO ESQ

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com história de queda de bicicleta com  
trauma em punho esquerdo. Paciente encaminhado  
do trauma com R.O. de R.O. de R.O. de R.O.

Diagnostico

Prescrição

OD: Bnterone  
Ideobeloze

Horario da medicacao

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM/PB 8871

Dr. Fares  
Dr. Fares



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11 / 01 / 19

Nome: José Odair do N. Felix  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1 / 1 /

QPD: Art + deformidade em peles e  
 HDA: paciente com história de queda de bicileta com  
trauma em peles e artroses em e deformidade  
local

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

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

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

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

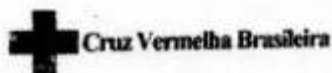
**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
 [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
 [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
 [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades  
 [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX</b>		BAE <b>1134988</b>	Data/Hora Entrada <b>10/01/2019 17:50:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>07/03/1974</b>	Idade <b>44a 10m 4d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 996755688</b>
Mãe <b>FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO</b>			Prontuário	
Endereço <b>DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325</b>		Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>RAIFF LEITE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>9350/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>10/01/2019 18:02:43</b>			Data/Hora Prescrição <b>10/01/2019 21:46:46</b>	

## Anamnese

NEURO==

ACIDENTE CICLÍSTICO,  
G 15PTS.

TCC:  
SEM ALTERAÇÕES NCX.

CD:  
ALTA DA ESP.  
ORIENTAÇÕES  
SEGUE PELA ORTOPEDIA.

#ortopedia  
paciente com deformidade em punho esq  
ao rx com fratura de radio distal esq  
cd : tala e encaminhado ao ortotrauma mangabeira

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

Diluir

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), DILUIR 10,0 ML

AMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

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

## CUIDADOS

CURATIVO

## PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

## CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

## Conduta

Alta médica

*Dr. Raiff Leite Soares*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
Tel: 15943

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 10/01/2019 17:51:00

Nome: <i>João Daniel do N. FOU 2</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: / / 2019			Cirurgião: <i>FLÁVIO LOYOLA</i>		
1º Assistente: <i>FELIPE LESSA</i>			2º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura do Punho (rádio distal)</i>					<i>S52.5</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Incisão:

## Achados:

Visualização de fratura do rádio distal com uso de intensificador de imagem

## Conduta:

Realizada manobra de redução do punho

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal

## Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

Tala axilopalmar gessada

## OBS:

Data: 23/01/19

MÉDICO/CRM

Dr. Flávio Henrique Loyola  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM-PB 10.205

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA


MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

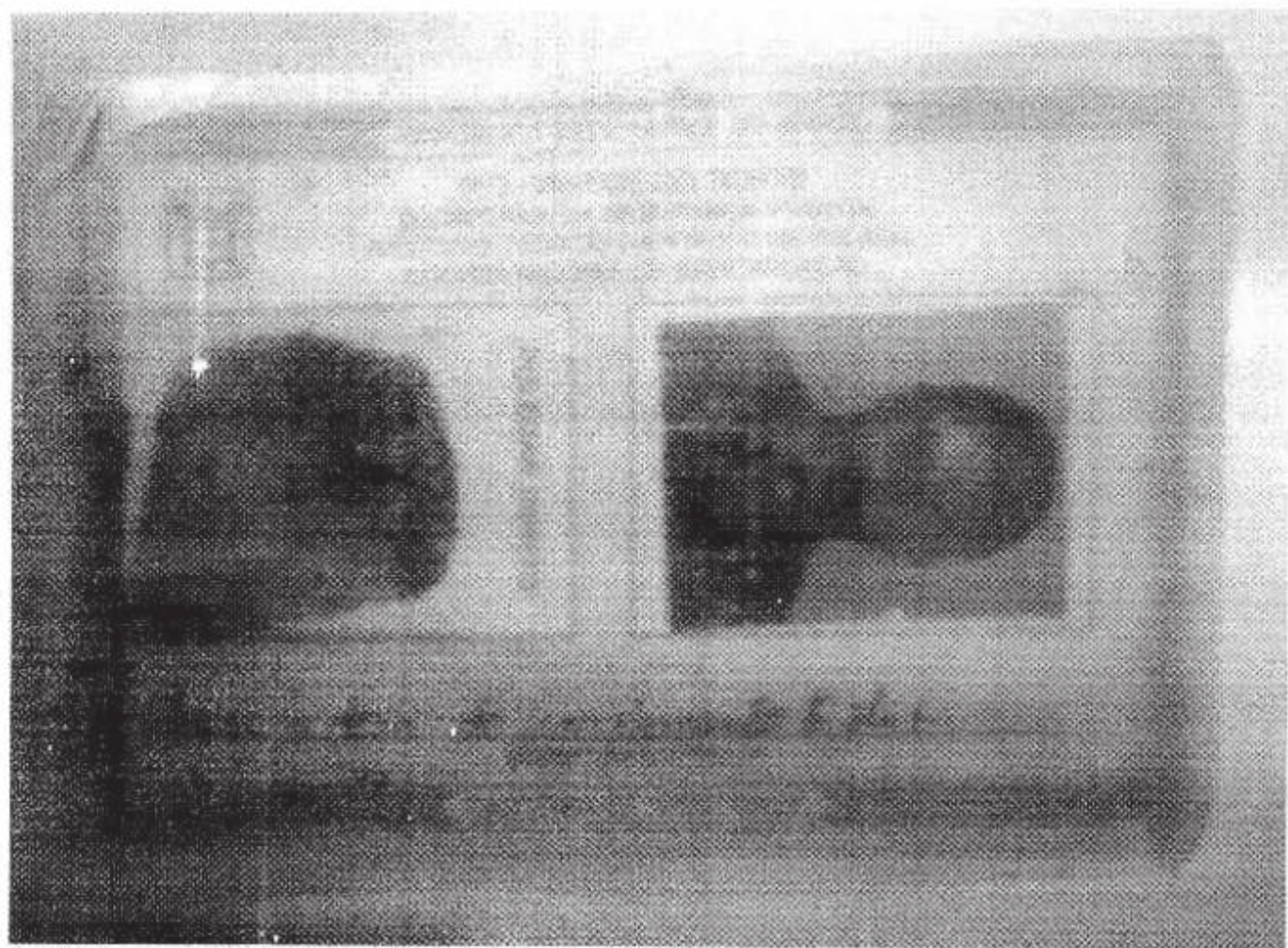
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
JOSE OSCAR DO NASCIMENTO FELIX

Data de Nascimento  
07/03/74

Nº de Inscrição  
032818674-28







1.797.576 2ª Via

José Odair de Nascimento

Pedro José Felix

Francisca Cassiano de Nascimento

Serrinha RN

01.01.19

(Nas. 5.404 fls. 1304 LV. 1304)

Cert. de Serrinha RN

M. Antônio C. de S. S. S.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
 ALEXANDRA CÉSAR DUARTE

**DOC. IDENTIDADE / CRI. IDENTIF. Nº**  
 2627718 **CCP** **VS**

**CPF**  
 046.502.754-74 **DATA NASCIMENTO**  
 21/08/1982

**RENOME**  
 ALEXANDRE DE ARAUJO  
 DUARTE  
 MARCIA CÉSAR DUARTE

**TERCEIRO** **NCC** **CAT. TME**  
 [ ] [ ] [ ]

**N.º FOTOGRAFIA** **DATA** **N.º APROVAÇÃO**  
 61951289840 16/01/2014 25/06/2001

**DESTAQUE**

*Antônio Carlos de Jesus Duarte*  
 SECRETÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA


**NOME** **DATA EMISSÃO**  
 JOÃO PESSOA, PB 17/01/2014

*Rodrigo Carneiro Lima*  
 SECRETÁRIO DE SEGURANÇA PÚBLICA

66586356744  
 28027939595

894056231

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 20 MAIO 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

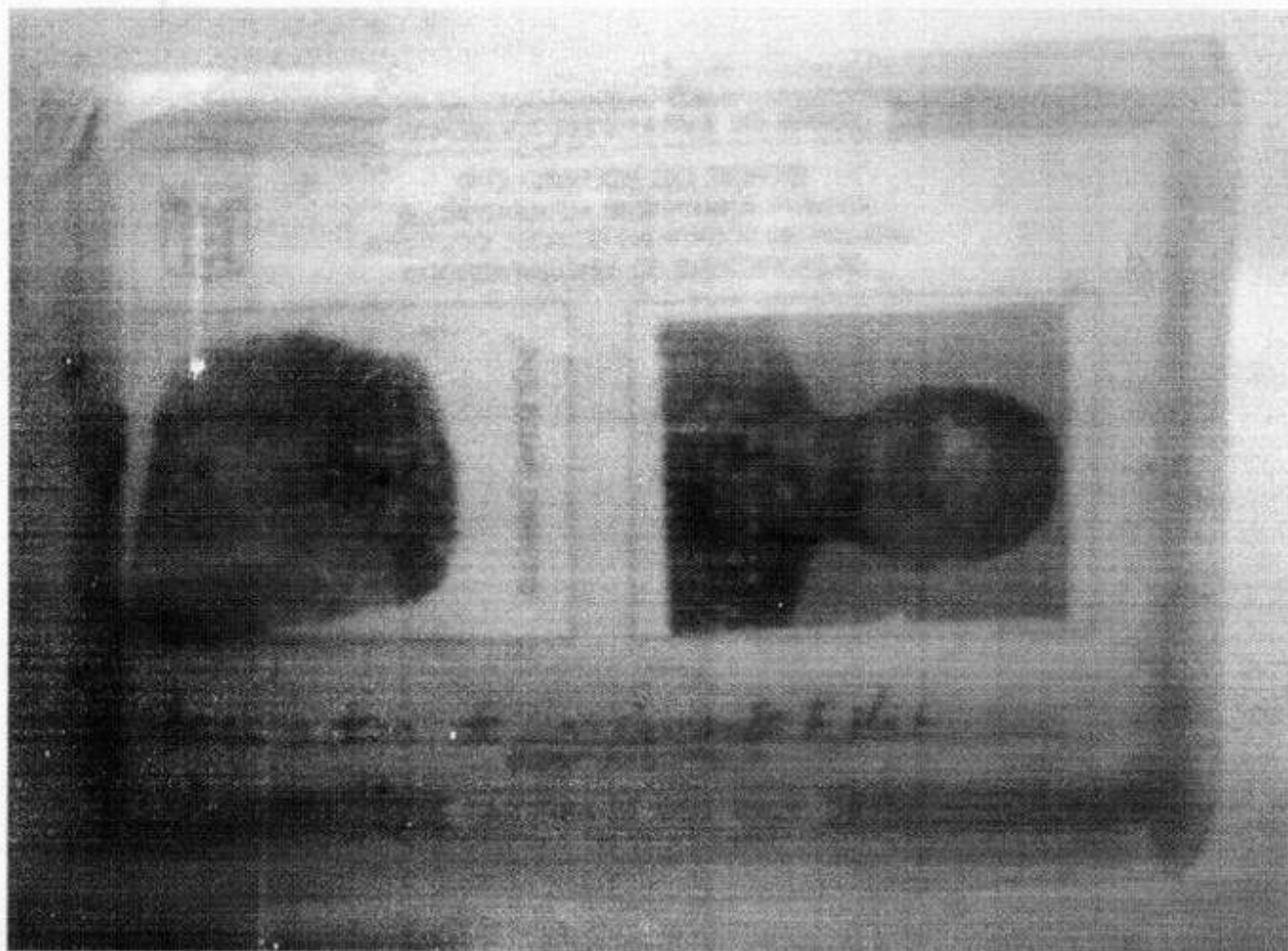
Nome  
JOSE ODAR DO NASCIMENTO FELIX

Nº de inscrição  
032318674-28

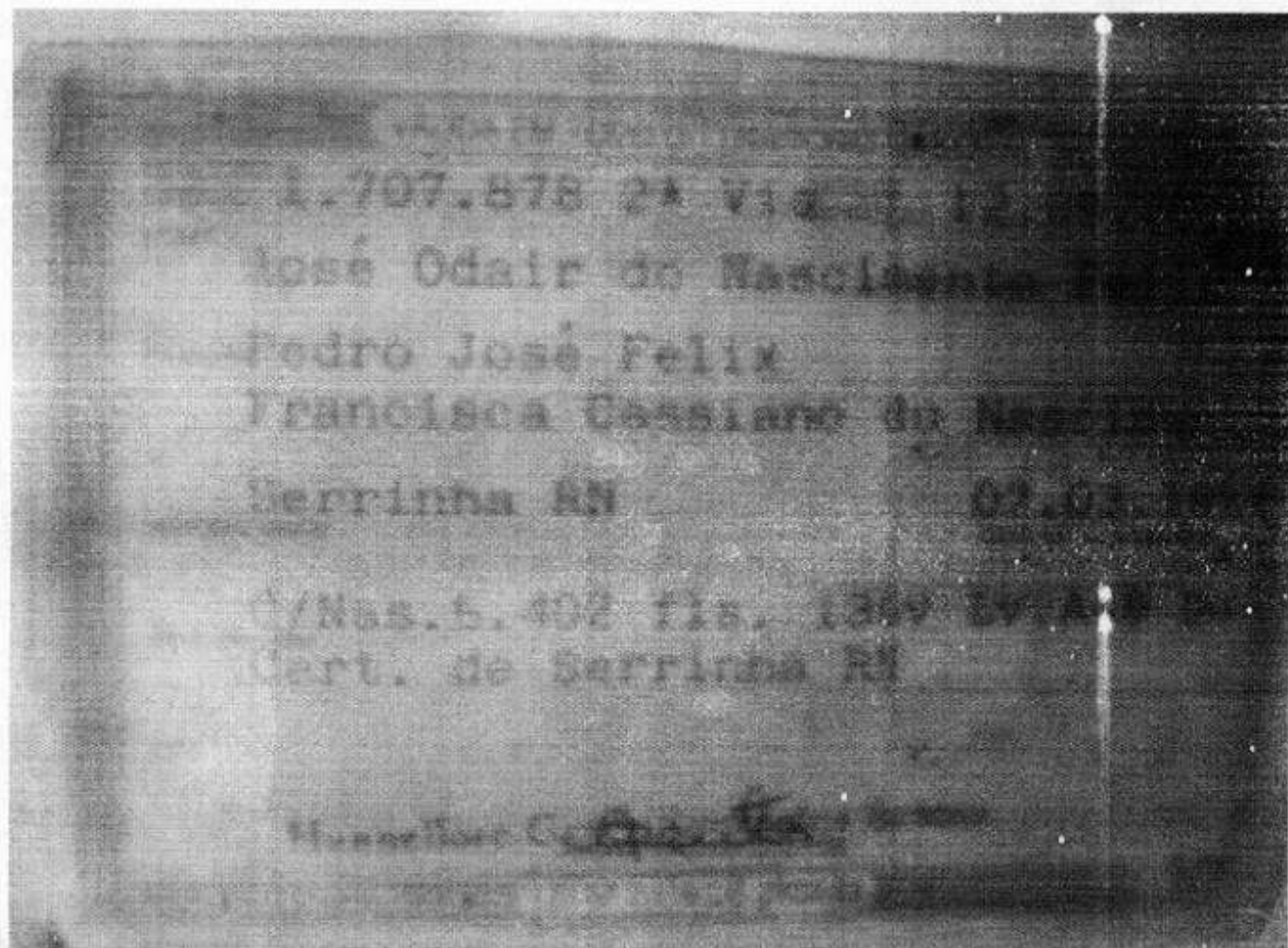
Data do Nascimento  
07/03/74



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL  
 INSTITUTO NACIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL

**NOME**  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

**DOC. IDENTIFIC. - CATEGORIA**  
 2627738 00P 10

**CH**  
 046.502.754-74

**DATA NASCIMENTO**  
 21/08/1982

**FILIO**  
 ALEXANDRE DE ARANJO  
 DUARTE  
 MARCIA CESAR DUARTE

**PERMISSÃO**  
 0105126940

**ADIC**  
 24/02/2019

**CAD. NASC.**  
 23/01/2001

**VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
 894056231

**PROVIDÊNCIA PLASTIFICADA**  
 894056231

**DATA EMISSÃO**  
 17/01/2014

**DATA VENCIMENTO**  
 06/06/2014

**DATA EXPIRAÇÃO**  
 06/06/2014

**DATA EMISSÃO**  
 17/01/2014

**DATA VENCIMENTO**  
 06/06/2014

**DATA EXPIRAÇÃO**  
 06/06/2014

**COMPREV**  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 15 JUL. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190332546 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM FACE.  
TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428159 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO.  
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO COM FIO K. P10/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428159 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO.  
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO COM FIO K. P10/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos**

**complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190332546 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX **Data do acidente:** 10/01/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM FACE.  
TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Jose Odair do Nascimento Felix, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Reduino, residente e domiciliado à Rua Dionísio GOMES PASILHA 325, bairro MANGABEIRA, Município de João Pessoa, Estado de(o) Pernambuco, Cep. portador(a) do Rg nº 1.707.878, SSP/ PA e CPF nº 032.318.674-28

**Outorgado:** Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Carlos Duarte 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PA, Cep. 58056-534, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PA e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Jose Odair do Nascimento Felix, ocorrido em 30/01/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06 de maio, de 2019.



Jose Odair do Nascimento Felix  
Outorgante  
CPF nº 032.318.674-28

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA ANCELMO KUBITSCHEK, S/Nº - ENESTO ODELL - CEP: 58014-001 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO - FONE: 3201-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX, [122012], J. Pessoa-PB, 06/05/2019  
10:51:19 Emol R\$49,91 Forpensão 29 Forp: R\$1,98, ISS: R\$40,50. Em test da verdade. Tabela DELEIDA ODELL  
FEREIRA GILVA. Gelo Digital AIN99056-4KVK Consult. em  
<https://selodigital.tipejus.br>



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Jose Odair do Nascimento Felix, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Dionísio Gomes PASILVA 325, bairro MANGABEIRA, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58056-384, portador(a) do Rg nº 1.707.878, SSP/ PB, CPF nº 032.318.674-28

**Outorgado:** Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Sinal J. Costa Duarte 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.759-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Jose Odair do Nascimento Felix, ocorrido em 30.01.19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06 de maio de 2019.



Jose Odair do Nascimento Felix  
Outorgante  
CPF Nº 032.318.674-28

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

