

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES

Nº Sinistro: 3180483635

Vitima: CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES

Data do Acidente: 01/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180483635**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13491078



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL _____ CPF da Vítima 027.820.324-88 Nome completo da vítima Clemilson Marcos Gaião Diatines

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Clemilson Marcos Gaião Diatines CPF titular da conta 027.820.324-88 Profissão Recurso
Endereço Rua Milton Ferraz Número 150 Complemento _____
Bairro Jardim Europa I Cidade Santa Rita Estado PR CEP 58300-940
Email _____ Telefone (DDD) 83 99342-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

PROTOCOLO

15 OUT. 2018

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA 0614 C/V _____ CONTA 20582 D/V 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

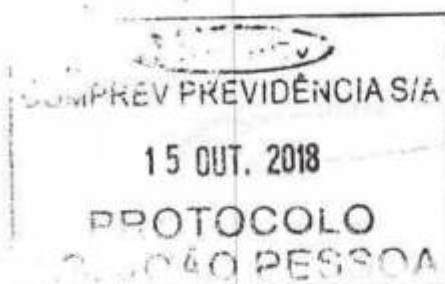
BANCO _____ TIPO _____
AGÊNCIA _____ D/V _____ CONTA _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 15 de Outubro de 2018
Local e Data

Clemilson Marcos Gaião Diatines
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01823.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01823.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:34 horas do dia 24 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Clemilson Marcos Gaião Diatênes**, CPF nº 027.820.324-88, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador Gráfico, filho(a) de Severina Gaião Diatênes e Francisco Marques Diatênes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/08/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vice-prefeito Milton Ferraz, Nº 150, bairro Tibiri Iii, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina Almeida, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99964-1805.

Dados do(s) Fatos:

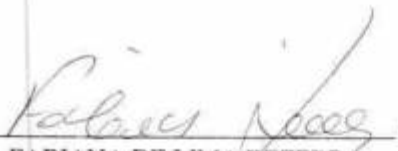
Local: Av. Camilo de Holanda, Próximo À Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/02/18 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

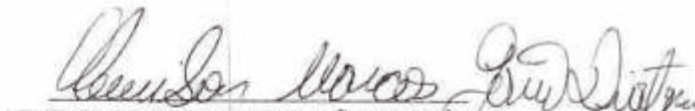
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

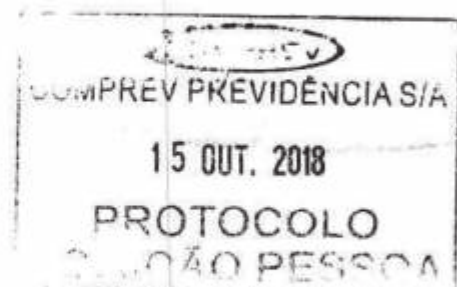
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS KS, PRETA, 2009/2009, PLACA NPR5277/PB, CHASSI 9C2KD04309R009197, registrada em nome de TONIELLE FERNANDES DE BRITO, quando foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0962/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 24 de setembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATÊNES
Noticiante



Procedimento Policial: 01823.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Clemilson Marcos Gaião Dantas

CPF da Vítima

027.820.324-88

Data do Acidente

01-02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 15 de Outubro de 2018
Local e Data

X: Clemilson Marcos Gaião Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

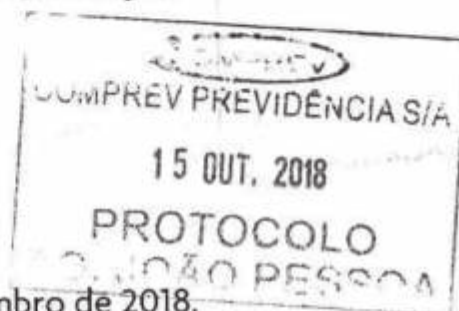
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/110, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1969026, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **CLEMILSON MARCOS GALVÃO DE LEMOS** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/02/2018, na Av. Camilo de Holanda, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 07:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 03 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000020582-2

Nr. da Autenticação 20534339D22743AA

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70266956

REFERÊNCIA

NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

CLEMILSON MARCOS GALVÃO DI
RUA MILTON FERRAZ, NUM. 150

JARDIM EUROPA I

58300-970

SANTA RITA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
003.12.775.0111	0	1	0	0	0	80308333
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N034791	22/03/2012	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
206	209	3	30	13/12/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT./QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.						
MAI/2017	2	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUN/2017	1	0	COR	20	115	115
JUL/2017	8	0	TURBIDEZ	79	115	115
AGO/2017	2	0	COL.TERMOT	0	0	0
SET/2017	3	0	COL.TOTAIS	79	115	115
OUT/2017	3	0	CLORO	79	115	115
MEDIA(M)	3		DADOS REFERENTES A: SET/2017			

DATA DA LEITURA: 16/11/2017 HORA DA LEITURA: 12:15:01
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m³ 10 36,84 R\$36,84

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$2.41,05 E COEF. LEE 12.741/12

VENCIMENTO:

28/11/2017

Total a Pagar:

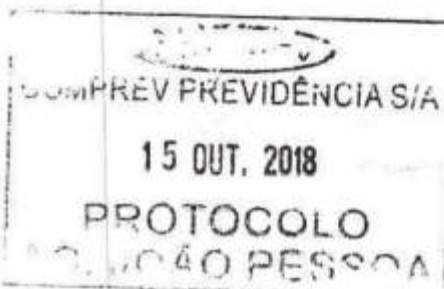
R\$36,84

N. 16.12.8.1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENJO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70266956	NOV/2017	28/11/2017	R\$36,84

82600000000-8 36840010827-1 02669561120-7 17000000002-7



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica - Nº 012.740.077



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

20/09/2018

CONSUMO

192

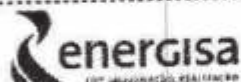
VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br



DESTINATÁRIO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-005-292-0450
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO

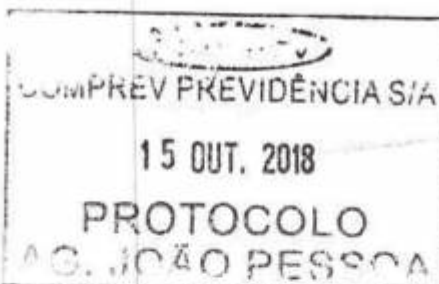
27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

MATRICULA

1698358-2018-00-0



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 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98,

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 Glennilson Marcos G. D. Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 027.820.324-88 do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima
Glennilson Marcos G. D. Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.820.324-88 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
15 OUT. 2018

☒ Recuso informar

PROTOCOLO
DECLARAÇÃO PESSOA

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>Agente Fiscal José E. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Alagabreira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa de 08 de outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

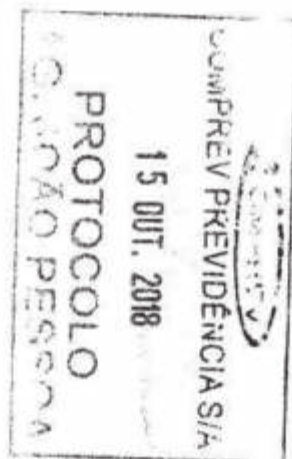
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Tonielle Fernandes de Brito
 RG nº 2395720 data de expedição 1/1/
 Órgão SSPB portador do CPF nº 031694494-36 com
 domicílio na cidade de Santa Rita no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Malta nº 185
 complemento lote declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATÊNES cujo o condutor era
CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATÊNES

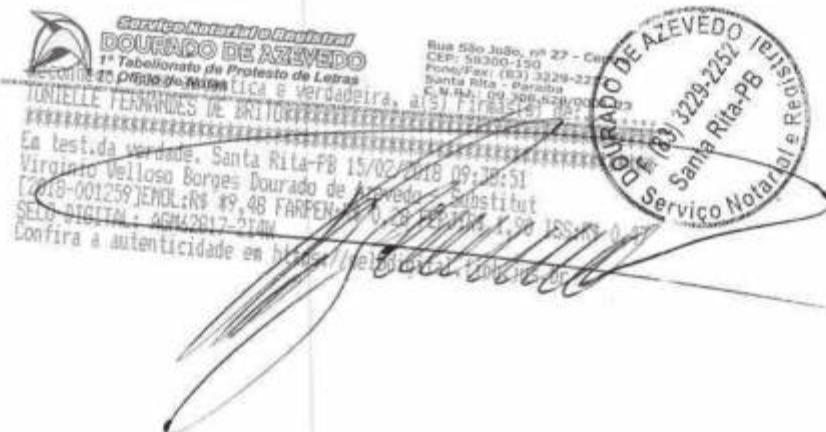
Veículo: moto
 Modelo: HONDA/NXR 150 BROS
 Ano: 2009/2009
 Placa: NPR 5277
 Chassi: 9C2K D04309R009197
 Data do Acidente: 01-02-18
 Local e Data: Santa Rita, 15-02-18

DOURADO
DE AZEVEDO

→ Tonielle Fernandes de Brito
 Assinatura do Declarante



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



12-

CERTIDÃO

Nº. 0962/2018

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº99206 e Prontuário de Nº 2018.02.0017, pertencentes a CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES que foi atendido dia 01/02/2018 às 08H46min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

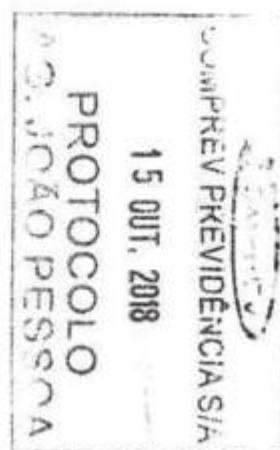
Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/02/2018 com alta médica dia 03/02/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
- CNPJ:

Ficha Nr: 99206 Atd: Nao Regul
Data: 01/02/2018
Hora: 08:46:21
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS A
Clínica: CIRURGICA

DO PACIENTE-

Num. de vezes atendido: 1

CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATENES

Num. Prontuario: 2018.02.000017

SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2270781 Fone: 987951646

al: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/08/1977 Id: 40 ano(s)

AVENIDA BENTO DA GAMA, 464

: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

EVERINA GAIÃO DIATENES

Pai: FRANCISCO MARQUES DIATENES

SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

ção: GRAFICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

COLEGA DE TRABALHO/LEO MAX BRANDAO

cc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

dencia: RUA

porte utilizado: SAMU

de acidente por: COL. CARROXOTO HJ AS 07:30 NA TORRE

de violência por: NA CAMILO DE HOLANDA/HA CAMINHO DO TRABALHO

Caso Policial

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsão

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Abd:

O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

s Principal

Observacao

40 CARRO X MOTO, USO DE CAPACETE, NEGA
NA CABECA. APRESENTA TRAUMA NO MID

Exame Físico - (hora do atendimento médico)

1ª vítima de acidente automobilístico
transportado pelo SAMU mobilizado, c/ lesão cervical + imobilizado MI
Resposta da apnéia em MI
Ao exame: BEG, anarético; anarético; apnéia
exame: anarético Glasgow 15
Fratura do fêmur P Ao cuidado da ortoped

icão

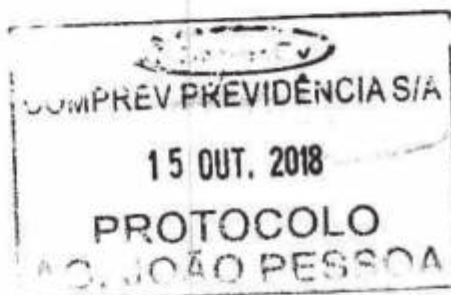
Horario da medicacao

SATAC
Painel
F41 (F)
Cepazet
24h
5.30

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao




Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

EXAME REALIZADO

DO PACIENTE

videncia

☐ Transferido

☐ Desistencia

☐ UTI

ca a pedido

☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

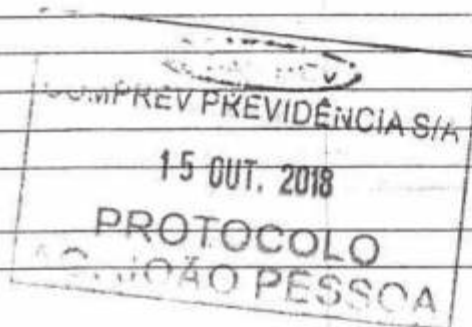
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Cláudio Naves Góes Dantas Data da Admissão: 01/02/18
Prontuário: _____ Idade: 40a 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: Doi + profundo em puna D. após queda de peso.

HDA: Paciente vítima de qued. de peso, com fratura exposta
de osso da puna (OI), sem do + deformidade em puna.

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-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [JHTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx unid. pat. de oss. da punha d.*

Hipóteses Diagnósticas: *Fract. exposta de oss. da punha d.*

Conduta: *Ap. Plac. imobiliz. para trat. limpo.*

Intenç. para anti-biot.

Dr. Tiago Bruno E. F. F. Neto
Med. Cir.
CRM 10933-PB R2

+ Dr. Jairo

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Oliveira Manoel Gaião Diátus</i>						Registro:		
Idade:	<i>40a</i>	Sexo:	<i>Masculino</i>	Cor:		Clinica:		EMP:	LR:
Data:	<i>08/02/18</i>			Cirurgião:	<i>D. Paulo</i>			1º Assistente:	<i>Tiago R L</i>
2º Assistente:				3º Assistente:				Instrumentador:	<i>Eduardo (Hugo)</i>
Anestesista:	<i>Dra Fernanda</i>			Tipo Anestesia:	<i>Rápidi</i>			Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO									CID
<i>Frat. exposta do omoplavicular P.</i>									
<i>(GII)</i>									
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO									CID
<i>Oleto</i>									
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)									CÓDIGO
<i>trat. cirurgia de fratura exposta</i>									
<i>do omoplavicular D. (GTI)</i>									
Acidente durante Ato Cirúrgico							1 () Sim	Descreva:	
							2 (x) Não		
Biópsia de Congelação:							1 () Sim		
							2 (x) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:									
1 (☒) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico									

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em DPA por raqui-anestesia
- ② antepsia + antiseptia + aplicação de campos estéreis.
- ③ aplicação de campos estéreis

Incisão: ④ Incisão longitudinal em região antero lateral de péua D.

Achados: ⑤ Fratura de oss. da péua D - fr. exposta

Conduta: ⑥ Limpeza mecânica da ferida exantiva com SF0,9%
⑦ Redução do Desbridamento de tecidos desvitalizados.
⑧ Redução aberta + fixação interna de fratura de oss. da péua D com 1 placa Dep 10 furos + 07 parafusos laterais e 1 parafuso unipolar.
⑨ Sol. Lavagem exantiva com SF0,9%.

Fechamento: ⑩ Sutura de Ferida operatória por planos.
⑪ Curativo estéril com gaze úmida

OBS:

Data: 04, 02, 2018

Dr. Emanoel F. Pinheiro
Médico
CRM 9933-PB

MEDICO/CRM

RITA
Jáno



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DA RECEITA / DIRETORIA DE ARRECAÇÃO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS AVULSA

Sé

PRESTADOR DO SERVIÇO

CNPJ/CPP 02782032488	Nome/Razão Social CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATENES	Telefone (83)9964-1805
Endereço RUA MILTON FERRAIS N.150 MUNICIPIO -		

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ/CPP 08846487000130	Nome/Razão Social RADIO E TELEVISÃO O NORTE LTDA	Telefone (40)0950-19
Endereço AV DOM PEDRO II 00899 - TORRE		

Natureza do Serviço
GRAFICO

Observações:
O pagamento dessa nota fiscal de serviço avulsa só quita o ISS, não quitando os demais tributos, taxas ou contribuição que
serviço cobrado.

Nota Fiscal com cobrança do ISS.

Observação de
Impressão:

Observação de
Restituição:

Alíquota
5,00 %

Valor do Imposto de ISS
13,00

Valor Tributável R\$
260,00

Data Emissão
16/08/2018

Matrícula do Servidor
181242 PERICLES GOMES DE SOUSA

Usuário Responsável pelo A
MARIA CELIA DE A

Impresso por: pericles.souza

ESTA N.F.DE SERVIÇO AVULSA SÓ É VÁLIDA COM A APRESENTAÇÃO DO COMP.DE PAGTO DO IMPOSTO ATRAVÉS DO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

RFP. AO SERV. DE 13 UNIDADES DE PELÍCULA JATEADO MEDINDO 1,22 X 0,93 COM APLICAÇÃO NO LOCAL..

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.270.781 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2017

NOME
CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATÊNES

FILIAÇÃO
FRANCISCO MARQUES DIATÊNES
SEVERINA GAIÃO DIATÊNES

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 08/08/1977

DOO ORIGEM
CERT. NASC. Nº7511 - LVA-10 - FLS.040 - CARTORIO 2ºJOÃO PESSOA PB

CPF
027.820.324-88

Assinatura: *Marcos A. S. Lacerda Jr.* B+

VALIDADE 29/08/83

PREV PREVIDÊNCIA S/A

15 OUT. 2018

PROTOCOLO

0.0040 PESSOA

CARTeira DE IDENTIDADE

Clemilson Marcos Gaião Diatênes

L-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
ESTADO DA PARAÍBA
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO: 1054562 532 18

CPF: 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO: 02/04/1967

FUNÇÃO: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO: REC: CATEG: AD

1ª REGISTRO: 00724153182 VIGÊNCIA: 10/11/2019 1ª HABILITAÇÃO: 06/04/1989

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 11/11/2014

60378988469 28029545609

PROIBIDO PLASTIFICAR 1009001575

DETRAN - PB (PARNABA)

REV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180483635 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMILSON MARCOS GAIAO **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
DIATENES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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