

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

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498558

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

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

DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.
------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498558

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

CAIXA

POUPANCA

4392 6717 8376 0941

4392

FAGNER JOBSON B SILVA

0036 0113 00084993-4

10/24

VISA

Electron

Visa Electron é uma marca registrada da Visa U.S.A. Inc.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00045.01.2019.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00045.01.2019.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:03 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8º Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fagner Jobson Bernardo da Silva**, RG nº 2309017 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josélia Bernardo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/07/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Carlos Drumond de Andrade, Nº 115, complemento casa., bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Valentina Figueiredo, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ladeira do Cuiá, Rio Cuiá, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/06/17 07:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo 2010, marca TRAXX, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2019, chassi 951BXKBB7AB001946

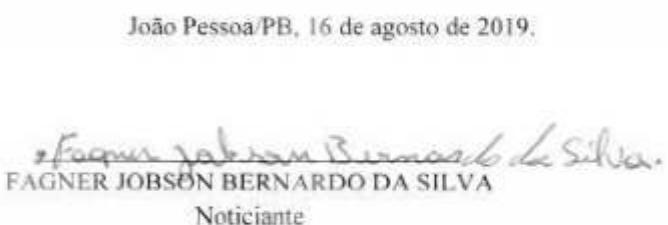
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, conduzindo a motocicleta já discriminada pela Ladeira do Cuiá, ou seja a ladeira que divide valentina e Geisel, ao livrar um buraco ali existente, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura da Clavícula Esquerda, identificada pelo CID 10 S42.0, conforme Laudo Médico apresentado.

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

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2019.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 06.387.014-08 Wagner Tolzen B. da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 06.387.014-08
 Wagner Tolzen B. da Silva
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 Recuso Rua Profetada 510
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Paratiibe João Pessoa PB 58000-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 3663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 84993 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34
 Informação
 sobre
 morte
 beneficiário
 vivo/defunto

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *João Pessoa - PB 26/08/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Wagner Tolzen B. da Silva*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANCA

4392 6717 8376 0941

4392

FAGNER JOBSON B SILVA

0036 0113 00084993-4

10/24

VISA

Electron

Visa Electron é uma marca registrada da Visa U.S.A. Inc.



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1176048	FAJNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado/City/ Religião
03/07/1980	36 anos, 11 meses, 2 dias	Protestante
Mae	Pa	
JOSELIA BERNARDO DA SILVA	NAO INFORMADO	
Fisionomia	Responsável (Parentesco)	GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE
DDD Móvel	DDD Fijo	Fone Fijo
52	517291610	
Tipo documento	Nº Cns	
CRM	700600901287767	
Local de procedência	Tipo	UF
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO DE SOUZA (ORTOTRAUMA)	UNIDADESAUDE	PB
Email	CBOR	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58062000	JOÃO PESSOA	PB	CARLOS DRUMOND ANDRADE
Número	Complemento		Bairro
115			PARATIBA

Admissão

Dia e Hora	Número da pulseira	Comunidade
06/06/2017 08:42:46	100005336038	SUS

Especialidade

CIRURGIA GERAL	Clinica
----------------	---------

Classificação de risco

Origem do paciente

OUTRA UNIDADE DE SAUDE

Cadeia de atendimento

Detalhe do acidente

QUEBRA/OUTROS

Motivo do atendimento

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Vôo de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não

Modo de transporte

Quem transportou

Sinais Vitais

PA	P脉	Temperatura
140	mmHg	

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TS []	Esquistos []	EEG []	Ultrasonografia []
Unidade clínica						

19/06

Diagnóstico

CID:

Internado por
DR. MELÉZ JANTINA DA COSTA GAMATempo:
0min 01seg

Imprimir

FAJNER, JOSSON BERNARDO DA SILVA
RUA PROJETADA, S/N - PARATIBA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58000001 (AG: 9)

TIPO: MONOFÁSICO
Cpf/Csc: RES/MT C/ST: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Número: 19 - S- 602-3000
Medidor: 0000814C684

energisa
ENERGISA PARAÍBA LOTERIA SUDORTE-DE-ENERGISA
BR200 Km 26 - Distrito Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58010-000
CNPJ: 00008145-10 / F00014-0 - Inscrição 10.015.023-0
Nº de Fatura/Unidade Energisa: 525.951.784
Cód. para DTH: Autamatizar 00005963788

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

Conta referente a **Jun / 2019** Apresentação **25/06/2019** Data prevista da próxima leitura **24/07/2019** CPF/ CNPJ/ RANI **011.397.014-08**

UC (Unidade Consumidora): 5/596378-0

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saia mais cedo
e ajude seu vizinho!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
Demonstrativo				
Cód. Descrção Quantidade Tarifa Vlr. Bás. Gás. PFL. MTR/RS. Enc. Gás. PFL/RS. Custo (R\$)				
0801 - Consumo em kWh	157.000 0.854403	134.14	134.14 27	38,21 134,34 1,45 8,73
0801 Adc. B. Amarelo	0,79	270,37	0,18 0,76	0,01 0,03
LAÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERV ALUM PUELA	5,39	0,80 0	0,50 0,50	0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 03/2019	2,94	0,80 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0805 MULTA 03/2019	3,63	0,80 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	1,78	0,80 0	0,00 0,00	0,00 0,00

CCI: Código de Classificação de Bem - TOTAL 147,56 134,34 38,40 134,34 1,45 8,73

Impostos e Tributos 0,00

Média últimos meses (kWh) 146

VENCIMENTO 02/07/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 147,56

146 Histórico de Consumo (kWh)

153 | 127 | 130 | 135 | 134 | 152 | 157 | 129 | 126 | 134 | 143 | 152
Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO

82f2.68f2.ebf2.f1d5.f7ff.5a2a.1e64.12d3.

Compreendendo o Consumo

Indicadores de Qualidade	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	8,13	0,00	100,00
DIG TRIMESTRAL	10,00	0,00	100,00
DIG ANUAL	20,77	0,00	100,00
FIC MENSAL	3,20	0,00	100,00
FIC TRIMESTRAL	8,80	0,00	100,00
FIC ANUAL	12,25	0,00	100,00
QDR	2,34	0,00	100,00
DIC	12,24	0,00	100,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima não sejam pagas no prazo estabelecido, a concessionária, de acordo com o Artigo 414 da ANEEL, poderá suspender a(s) fatura(s) de energia elétrica e, consequentemente, o fornecimento de energia elétrica, caso as contas pagas não estimem as unidades consumidoras para compra da Cadeia de Fornecimento. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de Dist. da Energia x/75	32,54	21,72
Impostos e Impostos	45,95	30,95
Compre. de Energia	4,38	3,07
Serviço de Transportador	7,57	5,19
Encargos Sistêmicos	57,31	39,84
Outros Serviços	0,75	0,00
Total	147,56	100,00

Valor da Fatura (R\$) 147,56

Faturas em atraso

Maio/19 136,23

VENCIMENTO 02/07/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 147,56

PARAÍBA
Ribeiro, 15 - 5 - 502-3800
Métricula: 596378-2019-06-5
83600000001-5 47560149000-0 05963782019-8 06500005019-8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segundo vto de conta.

Ponto para simples pagamento da nota fiscal com a estação eletrônica N° 026.772.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.065.183 / 0001-00 Insc Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUF AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

18/06/2019

CONSUMO

219

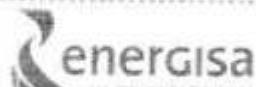
VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,89

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/06/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
17/06/2019	R\$ 197,89	1698358-2019-06-2

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

 Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 25

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=29635>

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 José Eduardo da Silva
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fagner Jobson B. da Silva inscrito (a) no CPF sob o N° 011.387.014.08,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Fagner Jobson B. da Silva
 inscrito (a) no CPF sob o N° 044.387.014.08, 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>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PR</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 9 866 34900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 26/08/2019

Assinatura do Declarante

AREAS
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEC
Tel: 3222-1000
CNES

DIM. JOAO PESSOA - PB, 58031090

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	BAE 1005443	Data/Hora Entrada 06/2017 09:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987291610
Mae JOSELIA BERNARDO DA SILVA			Prontuário
Endereço CARLOS DRUMOND ANDRADE, 115	Bairro PARATIBE	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ESSYKA EMILIA F. RABELO	Nº Cons. Regional 10045/PB
Data/Hora Classificação 06/06/2017 09:46:43		Data/Hora Prescrição 1/06/2017 10:03:47	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOGRAUMA DE MANGABEIRA, SEGURO ESQUERDA, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO. AO EXAME: PREJUDICADA EXAME NEUROLOGICO PRESERVADO. PULSOS DISTAL DA CLAVICULA, COT. INTERNAÇÃO HOSPITALAR, SOLICITO EXAMES, VPI.

EDADE: 36 ANOS. DEVIDO A FRATURA EM TERÇO DISTAL DA CLAVICULA, AUSENCIA DE LESOES EM OMBRO ESQUERDO ADMITIDA. RADIOGRAFIA: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVICULA.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML V/ 12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML V/ 4H, 0.0 (MGTSM)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML V/ 12H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG V/ 24H, 0.0 (MGTSM)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML V/ 12H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500 ML V/ 24H, 0.0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML V/ 8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG V/ 12H, 0.0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML V/ 12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG V/ 12H, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

4/2/12H
Essyka Emilia F. Rabelo
CRM 10045/PB



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Fagner Jobson Bernardo da Silva

DATA DE NASCIMENTO 03/07/80

NOME DA MÃE Joselia Bernardo da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102395

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1005443

DATA DO ATENDIMENTO 06/06/17

HORA DO ATENDIMENTO 09:42

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura da clavícula esquerda

CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Ortotrauma, vítima de acidente de moto, com diagnóstico de fratura da clavícula esquerda. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura da clavícula esquerda

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR: 20/06/17

DATA DA EMISSÃO: 23/02/2018 (2ª via emitida em 06/12/18)

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Identificação do paciente

ID 1178043	Nome FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36 anos 11 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 102395
Mãe JOSELIA BERNARDO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987291610	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2309017	Nº Chs 700600901267767		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE			UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58062008	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CARLOS DRUMOND ANDRADE
Número 115	Complemento		Bairro PARATIBE

Admissão

Data e Hora 06/08/2017 09:42:46	Número da pulseira 100005336038	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Curador de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
São de Transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMATempo
01min 01seg

Imprimir



Laudo Médico/Resumo de Alta



Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário

Principais exames

Cirurgia realizada - data e equipe:

Biopsias

Anatomia patolóxica

Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()
Resultado bacteriológista:

Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações:

Diseño

Responses

Relativa em casa, a

Retorno às atividades sem esforço-físico

Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.

com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.
cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão, ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.
Medicações para casa:

Medicações para casa:

Medicações para casa:

Orientações Pós-Alta

Reformas

Ao posto de saúde

Ao ambulatório

para retirada de ponto.
em 30 dias para revisão.

João Pessoa: _____ de _____ de _____

Ass. Médich/CRM

Ass. Médico/CRM
MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Internar Paciente

*Dr. Jessyka Lima F. Pachado
Com foco no tratamento*JESSYKA E.
(1)

FAGNER JOBSON DE SOUZA SILVA

AV. DRESTES LISBOA, 511 - PEDRO GONDIM
CEP: 57760-000 - TEL: 3221-1470

Paciente		End. Entrada/Endereço	Data/Hora Entrada	Centro de Saúde
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA		1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento	Idade	Sé	CNS	Profissional
03/07/1983	38	Masculino	700600901287767	102305

Tempo de internação
5d 9min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ANDRÉ LOPES SOARES - 11/06/2017 10:42:44)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evolui com queixas algicás leves
exames lab ok
aguarda cirurgia.

Unidade: ÁREA VERDE ENF 36 - Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: ANDRÉ LOPES SOARES

Número Consulta: 3144

AV. DIREITOS HUMANOS - PEDRO GONDIM

CEP: 27760-900 - Tel: 6322165700

 Impresso por: ANDRE
LOPES SOARES
Em: 10/06/2017 10:13:42

Paciente		Ed.º/Altura/Idade	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saida
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA		1305443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
03/07/1980	36	Masculino	700600901287767	102395
Tempo da Internação		Comunicante		Plano
30 23h 40min		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ANDRE LOPES SOARES - 10/06/2017 10:13:38)
EVOLUÇÃO DO PACIENTE
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

paciente evolui com queixas algicas leves
exames lab ok
aguarda cirurgia

 Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: ANDRE LOPES SOARES

Número Consulta: 0124



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. CRESTES LISBOA, 511 - PEDRO GONDIM
CEP: 2770590 - Tel: (83) 2166700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 09/06/2017 07:32:00

Paciente	Edo/ent de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saida
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287767
Tempo de Internação 2d 20h 59min		Comunidade SUS	Prontuário 102395
			Plano de DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 09/06/2017 07:32:00)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Paciente evolui com queixas algicás leves.
exames lab ok
solicito cirurgia

ecão: AREA VERDE ENF 3B Leito: 0809

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4515



AV. CRESTES LISBOA, 516 - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778899 - Tel: 83/2165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 08/06/2017 08:46:37

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1005443	Data/Hora Entrada 06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287767
Tempo de Internação 1d 22h 13min	Centro SUS	Prontuário 102395	Plano DIURNO

Evolução do Paciente (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 08/06/2017 08:46:30)

Evolução do Paciente

Descrição da Evolução:

paciente evolui com queixas algicas leves.
exames lab ok
solicito cirurgia.

ação: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4513



AV. ORESTES LISBOA, 5/N - PEDRO GONDIM
ONES 3778606 - Tel. 6312165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUÍADES
Em: 37/06/2017 07:16:08

Paciente				Em: 07/06/2017 07:16:05
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
	1005443		06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Pontuário
03/07/1980	36	Masculino	700600901257757	102395
Tempo de internação		Convênio		Plantão
20h 43min		SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELO QUIADES - 07/06/2017 07:16:01)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO

paciente evolui com queixas algicas leves.
exames lab ok
solicito cirurgia

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 - Leito: LEITO EXTRA 20
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SUIREIRA MELQUERES

Dr. Mário Consalvo 9456
Wenceslau 9456
Ortopedista e Reumatologista
CRM-PE 9456


 Impresso por: MATHEUS
 MOZART SILVEIRA
 MELQUIADES
 Em: 07/06/2017 07:16:05

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
03/07/1980	36	700600901287787	102395
Tempo de internação	Convênio		Plantão
20h 43min	SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 07/06/2017 07:16:01)
EVOLUÇÃO DO PACIENTE
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evolui com queixas algicas leves
 exames lab ok
 solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20
 Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 9456
 Número Conselheiro 9456

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



SE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente


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

 Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

 11 - TELÉFONE DE RESIDÊNCIA
DDD: _____
UF: _____
CEP: _____

12 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA (UF)

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CUSPAS ASSOCIADO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI (DIÁRIO DE DIÁRIO DE ACOMPANHANTE)

 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

 DIÁRIA DE UTI TIPO I

 DIÁRIA DE UTI TIPO II

 DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DATA DA SOLICITAÇÃO

42 - DOCUMENTO

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

44 - ASSINATURA E CARTEIRA DE PRACTICANTE DO HABERDO DO CRONÉS/HO

 CNP
 ICPF

 CNP
 ICPF

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - ASSINATURA E CARTEIRA DE PRACTICANTE DO HABERDO DO CRONÉS/HO

 CNP
 ICPF

 CNP
 ICPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Francisco Ferreira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 01/02/2014
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Ressecção de útero cervical
 Cirurgião: Dr. José Roberto 1º Assistente: Dr. Vitor
 2º Assistente: Dr. Henrique 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ressecção de útero cervical</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de útero cervical</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, _____/_____/_____

Médico/CRM: _____

DATA: 11.11.11

PRONTUÁRIO:

PACIENTE		SEXO:	COR:	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GLICO SANGUE
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO			RISCO CIRURGICO () BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATORIO	AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO		
PRÉ-ANESTÉSICO			ANESTÉSICOS	
DOSE DURA				
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA				
CHIRURGIA	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CORRIDA DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES RS	
ANESTESISTA	CRM-PB			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	10010	10011	10012	10013	10014	10015	10016	10017	10018	10019	10020	10021	10022	10023	10024	10025	10026	10027	10028	10029	10030	10031	10032	10033	10034	10035	10036	10037	10038	10039	10040	10041	10042	10043	10044	10045	10046	10047	10048	10049	10050	10051	10052	10053	10054	10055	10056	10057	10058	10059	10060	10061	10062	10063	10064	10065	10066	10067	10068	10069	10070	10071	10072	10073	10074	10075	10076	10077	10078	10079	10080	10081	10082	10083	10084	10085	10086	10087	10088	10089	10090	10091	10092	10093	10094	10095	10096	10097	10098	10099	100100	100101	100102	100103	100104	100105	100106	100107	100108	100109	100110	100111	100112	100113	100114	100115	100116	100117	100118	100119	100120	100121	100122	100123	100124	100125	100126	100127	100128	100129	100130	100131	100132	100133	100134	100135	100136	100137	100138	100139	100140	100141	100142	100143	100144	100145	100146	100147	100148	100149	100150	100151	100152	100153	100154	100155	100156	100157	100158	100159	100160	100161	100162	100163	100164	100165	100166	100167	100168	100169	100170	100171	100172	100173	100174	100175	100176	100177	100178	100179	100180	100181	100182	100183	100184	100185	100186	100187	100188	100189	100190	100191	100192	100193	100194	100195	100196	100197	100198	100199	100200	100201	100202	100203	100204	100205	100206	100207	100208	100209	100210	100211	100212	100213	100214	100215	100216	100217	100218	100219	100220	100221	100222	100223	100224	100225	100226	100227	100228	100229	100230	100231	100232	100233	100234	100235	100236	100237	100238	100239	100240	100241	100242	100243	100244	100245	100246	100247	100248	100249	100250	100251	100252	100253	100254	100255	100256	100257	100258	100259	100260	100261	100262	100263	100264	100265	100266	100267	100268	100269	100270	100271	100272	100273	100274	100275	100276	100277	100278	100279	100280	100281	100282	100283	100284	100285	100286	100287	100288	100289	100290	100291	100292	100293	100294	100295	100296	100297	100298	100299	100300	100301	100302	100303	100304	100305	100306	100307	100308	100309	100310	100311	100312	100313	100314	100315	100316	100317	100318	100319	100320	100321	100322	100323	100324	100325	100326	100327	100328	100329	100330	100331	100332	100333	100334	100335	100336	100337	100338	100339	100340	100341	100342	100343	100344	100345	100346	100347	100348	100349	100350	100351	100352	100353	100354	100355	100356	100357	100358	100359	100360	100361	100362	100363	100364	100365	100366	100367	100368	100369	100370	100371	100372	100373	100374	100375	100376	100377	100378	100379	100380	100381	100382	100383	100384	100385	100386	100387	100388	100389	100390	100391	100392	100393	100394	100395	100396	100397	100398	100399	100400	100401	100402	100403	100404	100405	100406	100407	100408	100409	100410	100411	100412	100413	100414	100415
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	11
2	12
3	13
4	14
5	15
6	16
7	17
8	18
9	19
10	20





RECIBO DE COMPRA E VENDA DE UM VEÍCULO

R\$ 3.970,00

Eu, **FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, portador do documento RG nº **2309017** SSP-PB e CPF: **011.387.014-08**, residente e domiciliado na Rua Carlos Drumond Andrade, 115, Paratibe, Nesta capital; **ASSUMO A PARTIR DESTA DATA, TOTAL RESPONSABILIDADE, SOB UM VEÍCULO CICLOMOTOR, COR PRETA, ANO/ MODELO: 2009/2010, COMBUSTIVEL GASOLINA, MARCA/MODELO STAR JL50 TRAXX, SEM PLACA, CILINDRADA: 49CC CHASSIS Nº 951BXKBB7AB001946, MOTOR Nº JL1P39FMB10T0019, ESCLARECIDO QUE O VEICULO FOI ENTREGUE DEFINITIVAMENTE AO ORA COMPRADOR NO DIA 15 DE MARÇO DE 2011, O QUAL FIZ A TRANSAÇÃO com a Sra. **RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA**, brasileira, portador do documento CPF 032.403.864-02 residente e domiciliada na Rua Dr. Pedro Narciso Castanheiro, 70, Altiplano Cabo Branco, nesta capital; **O QUAL RECEBEU A QUANTIA À VISTA NO VALOR DE R\$ 3.970,00 (três mil novecentos e setenta reais)**, à vista. A presente transação está sendo feita por tempo indeterminado, ficando esclarecido que: tanto os Outorgantes Cedentes Vendedores como o Outorgado**

Cessionário Comprador, ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE
pela presente transação, **O COMPRADOR O SR. FAGNER JOBSON**
BERNARDO DA SILVA, ESTÁ ASSUMINDO a partir desta data
qualquer ato e multa que vier acontecer no veículo.

OBS: O VEÍCULO ACIMA ESTÁ EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE USO SOB A NOTA FISCAL DE NUMERO 000.239 DA CAIO GOMES TURCZINSKI ME - TRAXX.

João Pessoa, 17 de abril de 2013.

FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA
(Comprador)

(Comprador)

RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA

RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA

(Vendedora)

TESTEMUNHAS: _____

SERVICIO NOTARIAL "VICENZA BATISTA" 2º OFICIO DISTRITAL
Av. Vicente Vicenza Batista - Tresdeas - Tel: 5520-0000 Vicenza Batista - 20000000

Reconheço, como autentica a verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
FAGNER JUBSON BERNARDO DA SILVA
conforme autografo apresentado nesse ato.
João Pessoa - PB, 19/04/2013, no expediente de protocolo
[415703-107613-000000]
RILEY ALMEIDA DE LIMA - ESPÓRTE LUDVITZKA

SERVICIO NOTARIAL "VICENTE BATISTA" Z. OFICIO DISTRITAL,
Bld. Nicanor Vaca Barcia - Núm. 1 Barrio Madrid, Vicente Batista - Colima.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

agner jobsen Bernardo da silva
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
cozinheiro, CI PG nº 2309017 SSP-98
CPF/MF nº 011 387 014-08 residente e domiciliado(a) à Rua
Projéda, 51/N, Paraíba,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 53000 000, telefone
83-9 8663-4909 9815-0366.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Resende 27 Setembro de 2017

~~Foggin, John Bernardo de Clua~~

OLIVIER JANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293012/19

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

CPF: 011.387.014-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2017

Titular do CPF: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA : 011.387.014-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO