

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



---

**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

# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 15 - Tel(DDD):

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ 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 àqueles 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
POUPANCA

4392 6717 8376 0941

FAGNER JOBSON B SILVA

0036 013 00084993-4 10/24

**VISA**

Electron

Valid only in Brazil - Valido apenas no Brasil



**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 8ª 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: 011.387.014-08 4 - Nome completo da vítima: Fagner Jelson B. da Silva

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

5 - Nome completo: Fagner Jelson B. da Silva 6 - CPF: 011.387.014-08  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Profetada 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Paratibe 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 15 - Tel(DDD): (83) 936634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ 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 àqueles 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**  
POUPANCA

4392 6717 8376 0941

FAGNER JOBSON B SILVA

0036 013 00084993-4 10/24

**VISA**

Electron

Valid only in Brazil - Valido apenas no Brasil



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEC - 52031-2 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1005443



# Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1176048	FAGNER JOBSOM BERNARDO DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
03/07/1960	38 anos 11 meses 2 dias	Divorciado
Mãe	Religião	Par
JOSELIA BERNARDO DA SILVA		NAO INFORMADO
Residência	Responsável (Parentesco)	
	GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	Endereço Móvel	DDD Fixo
81	557291510	
Tipo documento	Número do documento	Nº Cms
CNH	2309617	7036099129767
Local de procedência	Tipo	UF
HOSPITAL DE TRAUMA CARLOS DRUMOND ANDRADE (HRT/TRAUMA)	UNIDADES SAUDE	PB
E-mail	Naturalidade	CSOR
	JOAO PESSOA	

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
54062008	JOAO PESSOA	PB	CARLOS DRUMOND ANDRADE
Número	Complemento	Bairro	
115		PARATIBE	

## Admissão

Data e Hora	Nome do paciente	Convênio
06/06/2017 08:42:46	100005336038	SUS
Especialidade	Clinica	
QUIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Custo potencial	Plano de saúde	Vero de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			

## Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

## Exames complementares

Raios X[]	Sangue[]	Sinais[]	TC[]	Ultrassom[]	ECG[]	Ultrasonografia[]

Outros exames

Diagnóstico

Prescrito por  
MARIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA

CID

Tempo  
08:00:00

Imprimir



**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

**02/07/2019** **R\$ 147,56**

836000000001-5 47560149000-0 05963782019-8 065000005019-8

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Roteiro para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 026.772.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20071-690  
CNPJ 09.095.182/0001-60 Insc. Est. 16.015.825-0

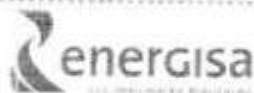
**DADOS DO CLIENTE**  
**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
RUF AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05  
JOÃO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**

**5/1698358-7**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>JUN/2019</b>	<b>18/06/2019</b>	<b>219</b>	<b>27/06/2019</b>	<b>R\$ 197,89</b>

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



CONTAS E SÓC

**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**

Roteiro: 12-005-292-0450

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/06/2019	R\$ 197,89	1698358-2019-06-2

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 82 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/BIBLIOYECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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, ABERTURA, 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose 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 Nº 041.387.014/08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fagner Jobson B. da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.387.014/08, 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 B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 9186634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 26/08/2019

Assinatura do Declarante

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDREIRA - DIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 31 20 673 9111  
CNES

Paciente <b>FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA</b>	BAE <b>1005443</b>	Data/Hora Entrada <b>06/06/2017 09:42:46</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>03/07/1980</b>	Idade <b>36</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987291010</b>
Mãe <b>JOSELIA BERNARDO DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço <b>CARLOS DRUMOND ANDRADE, 115</b>	Bairro <b>PARATIBE</b>	Município <b>VAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ESSYKA EMILIA F. RABELO</b>	Nº Cons. Regional <b>10045/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>06/06/2017 09:46:43</b>		Data/Hora Prescrição <b>06/2017 10:03:47</b>	

### Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTO TRAUMA DE MANGABEIRA, SEGU  
ESQUERDA, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO. AO EXAME, PRE-  
PREJUDICADA. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. PULSOS DISTA-  
CLAVÍCULA. CDT INTERNAÇÃO HOSPITALAR, SOLICITO EXAMES (VP),  
ÇÃO DEVIDO A FRATURA EM TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA  
DEMA, AUSÊNCIA DE LESÕES EM OMBRO ESQUERDO ADM  
TES. RADIOGRAFIA: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10.0 ML V 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML 1 x 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

SUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML V/O = 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML V. E. 100 MG DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Dilute

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), AD 1500, 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500 V, 24H, 0.0 (MG/TSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML. ADMINISTRAR 100,0 ML. 8/8H, (OBSERVAÇÕES: SN)

Dilute

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100, 12/12H, 0.0 (MG/TSM)

Dihair

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAÇÃO: 1 V.E.V., 12/12H

## CUIDADOS

Dr. 12H  
Jessyka Emilia E. Raballo  
Mascara  
CIMA 1000 STE



## 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
Mãe JOSELIA BERNARDO DA SILVA	Religião	Prontuário 102385
Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE	
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 Cns 700600901267767
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
E-mail	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 06/06/2017 09:42:46	Número da pulseira 100005336038	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Sistema de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 01min 01seg



# Laudo Médico/Resumo de Alta

Nome: <u>JOÃO DA SILVA</u>		N de BE: _____	
Idade: <u>17</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>CLINICA</u>	
Data de admissão: <u>06/06/17</u>		Alta: <u>06/06/17</u>	Enf.: _____
Diagnóstico de Internação: <u>Ex</u>		Leito: _____	
Diagnóstico Definitivo: _____		Tempo de Permanência: _____	
Diagnóstico Secundário: _____			

Principais exames: \_\_\_\_\_

Cirurgia realizada - data e equipe: \_\_\_\_\_

Biópsias: \_\_\_\_\_

Anatomia patológica: \_\_\_\_\_

Infeção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )

Resultado bacteriológico: \_\_\_\_\_

Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )

Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: \_\_\_\_\_

Dietas: \_\_\_\_\_

Reposo: Relativo

Relativo em casa por: \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em: \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades 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: \_\_\_\_\_

Orientações Pós Alta

Retorno: \_\_\_\_\_

Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de ponto.

Ao ambulatório \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

João Pessoa: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

## EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

## CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

## Conduta

Internar Paciente

JESSYKA E

(16)

FAGNER JOBSON DA SILVA



AV. DRETTES LUISSA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 27.782.960 - Tel: 0321-44710

Impresso por: ANDRE  
LOPES SOARES  
Em: 11/06/2017 10:42:51

Paciente:	FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Sistema de Atendimento:	1005443	Data/Hora Entrada:	06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída:	
Data de nascimento:	03/07/1980	Idade:	38	Sexo:	Masculino	CNS:	700600901287787
Tempo de internação:	5d 9min	Correlato:	SUS	Plantação:	DIURNO	Prontuário:	182305

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

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

seção: AREA VERDE ENF 38 - Leito: 6005  
profissional responsável pela informação: ANDRE LOPES SOARES

Numero Conselho: 8144

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 2778096 - Tel: 8332\*65700

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

Paciente					FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA		Boletim de Atendimento		1305443		Data/Hora Entrada		06/06/2017 09:42:46		Data/Hora Saída				
Data de nascimento		03/07/1980		Idade		36		Sexo		Masculino		CNS		700600901287767		Prontuário		102385	
Tempo de Internação		3o 23h 40min		Comarc		SUS		Plano		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

União: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0009

profissional responsável pela informação: ANDRE LOPES SOARES

Número Conselho: 8144

Assinado eletronicamente  
em 10/06/2017 às 10:13:38  
por ANDRE LOPES SOARES  
CPF: 000.000.000-00



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sede: Humberto Lucena



AV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 2779696 - Tel: 833/165700

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

Paciente <b>FAGNER JOSSON BERNARDO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1005443</b>	Data/Hora Entrada <b>06/06/2017 09:42:46</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>03/07/1980</b>	Idade <b>36</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700600901267767</b>	Prontuário <b>102395</b>
Tempo de Internação <b>2d 20h 59min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	

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

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evolui com queixas algicas leves  
exames lab ok  
solicito cirurgia

ecão AREA VERDE ENF 36 Leito: 0009  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4513



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
 CNES: 2778696 - Tel: 8332165700

Impresso por: JOAO  
 BARTOLOMEU PINTO  
 RABELO

Em: 08/06/2017 08:46:37

Paciente		Boletim de Atendimento		Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA		1005443		06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
03/07/1980	36	Masculino	700500901287767	102395	
Tempo de Internação		Convênio		Plano	
1d 22h 13min		SUS		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: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20  
 Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4513







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBAAV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 2776696 - Tel.: 8332165700Impresso por: MATHEUS  
MOZART SILVEIRA  
MELQUIADES  
Em: 07/06/2017 07:16:05

Paciente: <b>FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA</b>		Boleto de Atendimento: <b>1005443</b>	Data/Hora Entrada: <b>06/06/2017 09:42:46</b>	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: <b>03/07/1980</b>	Idade: <b>36</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	CNS: <b>700600901287767</b>	Prontuário: <b>102395</b>
Tempo de internação: <b>20h 43min</b>		Convênio: <b>SUS</b>	Plantão: <b>DIURNO</b>	

**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  
solicitado 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 Conselho 9456





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - QUES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - QUES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QUES

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QUES

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QUES

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Tratamento de (CC) - Agitação de Bepiridol*

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

( ) CNS ( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

( ) CNS ( ) CPF

*Dr. Luiz José do Nascimento  
Oncologista Traumatologista  
CRM 003792*

Nome: Paulo Roberto BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ☒ ) Masculino ( ☐ ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 15/02/14  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Amputação da mão direita  
 Cirurgião: Dr. Luiz Roberto 1º Assistente: Dr. Carlos  
 2º Assistente: Dr. João 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início 8 Término 12

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Amputação da mão direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Amputação da mão direita</u>	
<u>Amputação da mão esquerda</u>	
<u>Amputação da perna esquerda</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ☐ ) Sim ( ☒ ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelamento: ( ☐ ) Sim ( ☒ ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ☒ ) Enfermaria ( ☐ ) Terapia Intensiva ( ☐ ) Residência ( ☐ ) Óbito durante Ato Cirúrgico


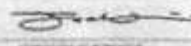
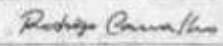
João Pessoa, 15 / 02 / 14

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> TOCOTOMIA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEAL <input type="checkbox"/> OUTROS	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	21
2	12
3	13
4	14
5	15
6	16
7	17
8	18
9	19
10	20
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> TOCOTOMIA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEAL <input type="checkbox"/> OUTROS	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	
Pág. 2 de 2	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1009001575	NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
		
	DNC, CNH/DIR - CND PASSOS DE 1054562 SSP PB	
	CPF 455.536.024-91	
	DATA NASCIMENTO 02/04/1967	
PROIBIDA PLASTIFICAR 1009001575	FUNÇÃO JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
	PESOSADO NÃO	
	NDC NÃO	
	CAT. 44 NÃO	
	Nº RUSSO 60724153162	
PRIMEIRA 10/11/2019		
2ª HABILITAÇÃO 06/04/1989		
OBSERVAÇÕES		
		
ASSINATURA DO DETENTOR		
PROIBIDA PLASTIFICAR 1009001575	LOCAL JOAO PESSOA, PB	
	DATA EMISSÃO 11/11/2014	
		
	60378988469	
	PB029545609	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		

## 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*  
**FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA**  
(Comprador)

*Renata Valeska Alcoforado Costa*  
**RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA**  
(Vendedora)

TESTEMUNHAS: \_\_\_\_\_

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Rua. Rómulo Vieira Batista - Tênis 1 - Set. Residencial Vieira Batista - Sionópolis  
Rua. Desemb. A. Magalhães - 50 - 51º bairro - João Pessoa - PB - CEP: 53040-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
**FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA**  
conforme autógrafo arquivado neste Ofício.  
João Pessoa - PB, 19/04/2013. Em testemunho da verdade.  
[#15705-107613-XXXXXX]  
**RIKELEY ALMEIDA DE LIMA** - ESCRIVÃO AUTORIZADO

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Rua. Rómulo Vieira Batista - Tênis 1 - Set. Residencial Vieira Batista - Sionópolis  
Rua. Desemb. A. Magalhães - 50 - 51º bairro - João Pessoa - PB - CEP: 53040-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
**RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA**  
conforme autógrafo arquivado neste Ofício.  
João Pessoa - PB, 19/04/2013. Em testemunho da verdade.  
[#15705-492287-XXXXXX]  
**RIKELEY ALMEIDA DE LIMA** - ESCRIVÃO AUTORIZADO



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293012/19

**Vítima:** FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

**CPF:** 011.387.014-08

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 06/06/2017

**Titular do CPF:** FAGNER JOBSON  
BERNARDO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://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

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO