

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190400073**

**Vítima: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 15/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190400073**      **Vítima: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

**Data do Acidente: 15/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO ALVES DE LIMA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: FRANCISCO ALVES DE LIMA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000036**

**Conta: 0000066347-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  
**0236704159**

CPF da vítima:  
**067-778-914-98**

Nome completo da vítima:

*Francisco Alves de Lima*

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

Nome completo:

*Francisco Alves de Lima*

Profissão: **Pintor**

Endereço:

*Rua Pedro Nolasco de Melo Filho*

CPF: **067-778-914-98**

Número: **71**

Complemento: **AP 303**

Bairro: **Graças**

Cidade:

*José Pessoa*

E-mail:

Estado: **PB**

CEP: **58067202**

Tel (DDD): **83 98038-4073**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: **0036**

CONTA: **66347 4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

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

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

*Francisco Alves de Lima* 28/06/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Francisco Alves de Lima*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

LIFE ASSESSORIA

CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 06591.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 06591.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 14 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Francisco Alves de Lima, CPF nº 067.778.914-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Eva Pereira de Lima Sousa e Antonio Alves de Sousa, natural de Diamante/PB, nascido(a) em 23/08/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Nolasco de Menezes Filho, Nº 71, complemento AP. 102, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque do Sol., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98638-4073.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Ministro José Américo de Almeida, Próximo a Unimed., João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/18 00:05h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 15/12/2018 por volta das 00:05 horas quando transitava, pela Av. Ministro José Américo de Almeida, João Pessoa-PB; com o veículo tipo MOTO TRAXX/JL50Q-S ano e modelo: 2014/2014, de cor preta de placa: OEV9602/PB CHASSI: 951BXKBA1EB007318 pertencente ao Sr. Luiz Pereira de Almeida; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na sua faixa quando foi abalroado por trás por um veículo não identificado/que evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1129390, TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO CID 10 T 14.9, laudo médico assinado pelo Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade e posteriormente transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado FRATURA DE ESCAFÓIDE DIREITO, conforme CERTIDÃO nº 0726/2019 assinado pela médica Christine Batista de Brito CRM/PB 3137.

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, 14 de junho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

FRANCISCO ALVES DE LIMA  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:  
**0236704159**

CPF da vítima:  
**067-778-914-98**

Nome completo da vítima:

**Francisco Alves de Lima**

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

Nome completo:

**Francisco Alves de Lima**

Profissão:

**Pintor**

Endereço:

**Rua Pedro Nolasco de Melo 500 Térreo**

CPF:

**067-778-914-98**

Número:

**51**

Complemento:

**AP 303**

Bairro:

**Gramame**

Cidade:

**Joaçaba**

Estado:

**PB**

E-mail:

CEP:

**58067202**

Tel (DDD):

**83 9186384073**

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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: **66347 4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Joacá Pessoa**, **27-06-2019**  
Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Francisco Alves de Lima**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura **27 JUN. 2019**

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

Assinatura \_\_\_\_\_</p

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

Ficha Nr: 190452 Attd: Nao Regulac  
Data: 15/12/2018  
Hora: 17:45:27  
Recepctionista: ANTONIA GADELHA LOUREN  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Num. Frontuario: 2018.12.001777

CNS: 700303417987840 Sexo: M IDENTIDADE: 3228479 Fone: 988914712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA JOSE ALVES DE LIMA, 198CASA

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA

Pai: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988914712 / IDENTIDADE: 3228479

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SEND O COND

Vitima de violencia por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

[ ] Vomito

Observacao

COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM  
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEEPSHL



Encomendado do Trauma. Rx ~~negativo~~ de exames.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Rx: Fy Teste de urina.

Diagnóstico

| Conduta

Prescrição

(D: 10)

| Horário da medicação

interno p/ curto | electivo

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO ALVES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 00000066347-4

---

Nr. da Autenticação FABAAEAFFB3D7FE5

PAULO VIRGINIO DOS SANTOS  
RUA PEDRO IGASCO DE MENEZES FILHO, 71 / AP 103 - GRAMAME  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58057222 (AD: 5)

Ligeiras MONOPÓLICO  
Cofre: PES MTC B1 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL  
Rotero: 18-5-619-5450  
Referencia: Mai/2018  
Medidor: 000085339887  
Emissao: 29/05/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-200, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB CEP: 58014-010  
CNPJ: 09.005.190/001-40 - Ins. Est. 16.016.821-0  
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica N°025741700  
Cód. para Débito Automático: 00016173983

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Maio / 2019       | 29/05/2019   | 28/06/2019                       | 218.133.294-00  |

UC (Unidade Consumidora): 5/1617356-9

Canal de contato

• Caso detectarmos em nossos arquivos pagamento em duplicidade da fatura de energia elétrica, efetuando a devolução do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.  
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinas/](http://saude.gov.br/vacinas/)



|                        | Anterior                      | Atual        | Constante     | Consumo   | Dias                          |
|------------------------|-------------------------------|--------------|---------------|---|-------------------------------|
| Data                   | 29/04/18                      | Leitura 3033 | Data 29/05/18 | Leitura 3137  |                               |
| <b>Demonstrativo</b>   |                               |              |               |   |                               |
| CCI                    | Descrição                     | Quantidade   | Tarifa U      | Vale Base Des. Alq. Isom(R\$) Base Des. Fim(R\$) Cofre(R\$) |                               |
|                        |                               | Total        | Total(R\$)    | ICMS(R\$) ICMS  | Pu/Com(R\$) (SEHNR) (4,75%)   |
| 0801                   | Consumo em kWh                | 34.000       | 0,822050      | 88,05   | 89,05 25 17,28 0,05 0,87 3,08 |
| 0801                   | Adic. E. Amortiza.            | 1,17         | 1,17          | 25  | 0,29 1,17 0,01 0,05           |
| LANÇAMENTOS E SUPORTOS |                               |              |               |   |                               |
| 0807                   | CONTRIB SERV. LUM.PÚBLICA     | 2,81         | 0,03          | 0   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0804                   | JUROS DE MORA 23/2018         | 0,28         | 0,03          | 5   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0804                   | JUROS DE MORA 04/2018         | 0,15         | 0,03          | 2   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0805                   | MULTA 03/2018                 | 0,49         | 0,05          | 0   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0805                   | MULTA 04/2018                 | 0,68         | 2,00          | 0   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0809                   | PAGTO DUPLICIDADE (-)04/2018  | -34,01       | 0,83          | 0   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0803                   | 2ª VIA CIRCUAVISO 04/2018     | 0,00         | 0,00          | 0   | 0,00 0,00 0,00 0,00           |
| 0805                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018 | 0,18         | 0,03          | 0   | 0,07 0,00 0,00 0,00           |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 40,79 70,22 17,55 70,22 0,00 3,74  
Tarifa e/ou Tributos 0,571710  
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

35 05/06/2019 R\$ 40,79  
Histórico de Consumo (kWh)

43 1 54 1 18 1 21 1 5 1 4 1 2 1 12 1 3 1 2 1 15 1 41  
Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dec/18 Jan/19 Feb/19 Mar/19 Abr/18

RESERVADO ATÉ 2020

af27.bf83.2854.c4a9.2933.bdef.0455.ec29.

Indicadores de Qualidade

|               | Limites da ANEEL | Apurado | Último Fornec.  | Último de Tensão (V) | Discriminações                 | Valor (R\$) | %      |
|---------------|------------------|---------|-----------------|----------------------|--------------------------------|-------------|--------|
| 01 MENSAL     | 5,15             | 5,06    |                 |                      | Bônus de Dist. da Energia(R\$) | 17,93       | 22,77  |
| 02 TRAVESTRAL | 10,11            |         | NORM/VII        | 220                  | Contração de Energia           | 25,14       | 32,91  |
| 03 ANUAL      | 20,71            |         |                 |                      | Bônus de Transmissão           | 1,03        | 1,34   |
| 04 MENSAL     | 20,70            | 0,00    | CONTRATADA      |                      | Energia Bem-Viver              | 0,00        | 0,00   |
| 05 TRAVESTRAL | 40,40            |         | LIMITE INFERIOR | 202                  | Impresso Direct & Energia      | 25,62       | 32,75  |
| 06 ANUAL      | 100,00           |         | LIMITE SUPERIOR | 231                  | Outros Serviços                | 7,50        | 0,00   |
| 07            | 100,00           | 0,00    |                 |                      | Total                          | 78,80       | 100,00 |

ATENÇÃO

Valor de Euro (R\$ 0,822050)

Faturas em atraso

• Leitura 3137/mais

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

05/06/2019 R\$ 40,79

Rotação: 18-5-619-5450  
Métricas: 1617356-2019-05-6  
83690000000-8 40790149000-0 16173562019-7 05600005019-7



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luiz Pereira de Almeida,

RG nº 620222, data de expedição 20/03/2001  
Órgão SJPPB, portador do CPF nº 554 512 21481, com  
domicílio na cidade de S. Joaquim PESSOA, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Nova Pernambuco n° 2216, bairro 71,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima FRANCISCO ALVES DE LIMA, cujo o condutor era  
EMANUELO RUIZ DE LIMA.

Veículo: MOTO

Modelo: TMAX X 13L500-8

Ano: 2014

Placa: 0EV9602/PB

Chassi: DS1BXKBA1EB 007318

Data do Acidente: 11/12/2018

Local e Data: S. Joaquim PESSOA, 14/06/2019



Luiz Pereira-de Almeida-

Assinatura do Declarante



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

**SOIC**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Bela Maria Angelina Soárez Cunha  
Telêmaco

OFÍCIO DE NOTAS  
FABRICIA DE FREITAS  
AVENIDA 1017 - N° 40 - CENTRO  
CEP: 58015-010 - JOÃO PESSOA - PB  
FONE: (83) 3241-8040 - FAX: (83) 3241-8296

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....

LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA

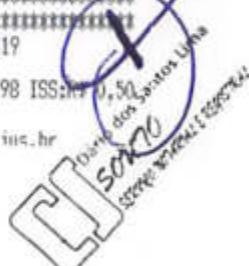
Em test da verdade. João Pessoa-PB 14/06/2019 12:04:19

Dario dos Santos Lima - Escrivente

[2019-013317]EMOL:R\$ 49,91 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50 Juros:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AID899597-H03B

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. Pac em ORN na Reg. pleno braço, l/6
2. Asseps, antiseps, colactas caixas estériles

### Incisão:

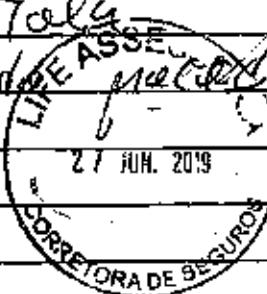
3. Incisão obliqua dobra pele no peso facial (C)
4. Dissecção por planos

### Achados:

5. Visualizada pressão das dobras de escrofular (C)
6. Crenatura das bordas da pressão das dobras; colocação entre elas e extensão da rebaixa desafiada

### Conduta:

7. Fixar C/ fio fuso Herbert 22 g auxílio de escrofular
8. Controle C/ oscópico
9. Fechamento C/ plástico
10. Curvatura C/ Herbert + Tela
11. Bo profissional final



### Fechamento:

### OBS:

Data: 26/12/18

Dr. Tibério Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia da Mão  
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

MÉDICO/CRM



## CERTIDÃO

Nº. 0726/2019

Atendendo solicitação de JULIANA MARIA DIAS DE MORAIS e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190452 e Prontuário nº 2018.12.1777 pertencentes ao paciente **FRANCISCO ALVES DE LIMA** requerente que foi atendida dia 15/12/2018 às 17h45min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide direito. Realizado procedimento cirúrgico no dia 26/12/2018, com alta médica no 28/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



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

Ficha Nr: 190452 Atd: Nao Regulac  
Data: 15/12/2018  
Hora: 17:45:27  
Repcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Num. Prontuario: 2018.12.001777

CNS: 700303417987840 Sexo: M IDENTIDADE: 3228479 Fone: 988914712

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA JOSE ALVES DE LIMA, 198CASA

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA

Pai: ANTONIO ALVES DE SOUSA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 988914712 / IDENTIDADE: 3228479

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRAUMAS

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SEND O COND

Vitima de violencia por: ONTEM AS 23.50 PROX UNIMEDE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

[ ] Vomito

Observacao

MA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM TRAUMA EM  
PUNHO DIREITO - ENCAMINHADO DO HEESTSHL



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

RX: Fy fechado de medicamento.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

(D: 1/0

| Horario da medicacao

interno p/ curgio eletrico

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Onde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao

### Assinatura da Enfermagem

## **PROCEDIMENTO REALIZADO**

**DESTINO DO PACIENTE**

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Fernando Alves da Cunha Data da Admissão: 01/01/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
QPD: \_\_\_\_\_  
RES: Ex fumador de maço diário tab. Seco  
Alcoolista moderado.  
  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
  
**Interrogatório Sintomatológico:**  
Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_  
Pele: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoco: [ ]Cefaleia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume  
AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_  
SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos  
SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|   |   |  |                 |                           |            |
|---|---|--|-----------------|---------------------------|------------|
| <b>Nome:</b> <i>Fábio Alves de Lima</i> |   |  |                 | <b>Registro:</b>          |            |
| <b>Idade:</b> <i>39</i>                 | <b>Sexo:</b> <i>m</i>                     | <b>Cor:</b>                                | <b>Clinica:</b> | <b>EMP:</b>               | <b>LR:</b> |
| <b>Data:</b> <i>26/12/18</i>            | <b>Cirurgião:</b> <i>Tibério Vianomai</i> |  |                 | <b>1º Assistente:</b>     |            |
| <b>2º Assistente:</b>                   |   | <b>3º Assistente:</b>                      |                 | <b>Instrumentador:</b>    |            |
| <b>Anestesista:</b>                     |   | <b>Tipo Anestesia:</b> <i>Aluciso Plus</i> |                 | <b>Horário:</b> <i>I:</i> | <b>T:</b>  |

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*fratura escofide ♂*

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

*Psicodermose escofide ♂*

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Coloçõ procedente escofide ♂*



|                                       |   |                  |
|---------------------------------------|---|------------------|
| <b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b> | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não | <b>Descreva:</b> |
| <b>Biópsia de Congelação:</b>         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não |                  |

**Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:**

*1( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico*



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



## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1129390

PACIENTE: FRANCISCO ALVES DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 23.08.84

Data e Hora do Atendimento: 15.12.18

Horário: 0:44h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente de motocicleta queixando de dor na região lombar e ferimento no cotovelo esquerdo. Atendido pelo Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr Leonardo Soares de Lima.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO CID 10 T 14 9

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, avaliação da cirurgia geral, Rx de Torax , Rx da coluna cervical e tratamento clínico conservador.

**ALTA HOSPITALAR:** 15.12.18 às 2:24h.

Data da Emissão: 26.02.19

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920



DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CVB/HETSHL  
CRM-3920  
27 JUN. 2019

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
São José Hélio Bicudo



GOVERNO  
DA PARÁ

AV. ORESTES LISBOA, 89 - PEDRO GONÇALVES - CNE/S: 123312 - Tel: 8332185700

Billetim de Atendimentos: 1129390



## **Identificação do paciente**

|                                   |                                  |                               |                           |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|
| ID<br>888513                      | Nome<br>FRANCISCO ALVES DE LIMA  |                               |                           | Sexo<br>Masculino                                |
| Data de nascimento<br>23/05/1984  | Idade<br>34 anos 3 meses 22 dias | Estado civil<br>UNIAO ESTAVEL | Religião<br>NAO INFORMADA | Prontuário                                       |
| Mãe<br>EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA  |                                  |                               |                           | Pai<br>ANTONIO ALVES DE SOUSA                    |
| Escolaridade<br>NAO INFORMADO     |                                  |                               |                           | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |
| DDD Móvel<br>83                   | Fone Móvel<br>88934161           | DDD Fixo                      | Fone Fixo                 |  |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE) | Número documento<br>3228478      | Nº Cna<br>702402042546623     |                           |  |
| Local de procedência<br>TORRE     |                                  | Tipo<br>BAIRRO                | UF<br>PB                  |  |
| Email                             | Naturalidade<br>JDAO PESSOA      |                               |                           | CBOR   |

**Endorse**

|                        |   |                 |   |
|------------------------|---|-----------------|---|
| CEP<br><b>58040003</b> | Município de residência<br><b>JOAO PESSOA</b> | UF<br><b>PB</b> | Logradouro<br><b>José Alves de Lima</b> |
| Número<br><b>196</b>   | Complemento                                   |                 | Bairro<br><b>Torre</b>                  |

## **Administração**

|                                    |  |                 |
|------------------------------------|--|-----------------|
| Data e Hora<br>16/12/2018 00:44:35 | Número de pulseira<br><b>1000006841644</b> | Comércio<br>SUS |
|------------------------------------|--|-----------------|

**Especialidade** CÉNICA  
**CURSO/CICLO**

**Classificação do risco** \_\_\_\_\_ **Origem do paciente** \_\_\_\_\_

**RUA**

|                        |   |  |
|------------------------|---|--|
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Detalhe do acidente<br><b>QUEDA / OUTROS</b> |
|------------------------|---|--|

## Indicadores e Transporte

|                            |                       |                           |               |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>SAMU |                       | Quem transportou          |               |

Sinai's Vitals

PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg      Pulse \_\_\_\_\_      Temperature JUN. 2019

#### **Exames complementares**

RECORRIDA DE SEGURO

**Diagnósticos:**

Algebraic Structure of Non-Abelian Symmetries

the superior, more eloquent, and the

وَالْمُؤْمِنُونَ إِذَا أُخْرِجُوا مِنَ الْأَرْضِ

**Diagnóstico** \_\_\_\_\_ **CID** \_\_\_\_\_

Atendido por  
SANTOS GARCIA MARINA SUSTITUTA

Impression



RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
Francisco Alves de Lima  
Ricardo R. Carvalho  
Ricardo R. Carvalho  
9390 - W.R.

FRANCISCO ALVES DE LIMA

|                      |                                     |  |  |  |  |   |  |   |
|----------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|---|--|---|
| ACIDENTE DE MOTO     | QUEIXA DE DOR EM COTOVELO E ONUERDO | FERIMENTOS CURTO CONTUSO EM REGIAO DE COTOVELO | REALIZOU RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSOLOMBAR SEM SINAS DE FRATURAS | NO MOMENTO SEM DOR EM COLUNA VERTEBRAL | CD: ALTA DA NEUROCRURIA, SUTURA DE FERIMENTOS E CURATIVO; AGUARDA AVAULACAO DA ORTOPEDIA | Dados colhidos anteriormente <input checked="" type="checkbox"/> utilizar na impressao? | Conduita   | Paciente encaminhado com sucesso para a segua |
| ....NEUROCRURIA..... |                                     |  |  |  |  |   |  |   |
| ANAMNese             |                                     |  |  |  |  |   |  |   |
| Etiologia            | Motociclista                        | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                        | Protestos  | Ricardo Rodrigues de Carvalho          | Nº Cons. Regional  | 6626/PB   | GLASGOW 15   |   |
| Acidente / Outros    | Joaozinho da Lima, 186              | Baiano   | Multiplo   | Joaõ PessOA                            | Nº Cons. Regional  | 6626/PB   | QUEIXA DE DOR EM COTOVELO E ONUERDO  |   |
| Acidente             |                                     | Torre  | Multiplo   |  |  |   | FERIMENTOS CURTO CONTUSO EM REGIAO DE COTOVELO   |   |
|                      |                                     |  |  |  |  |   | REALIZOU RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSOLOMBAR SEM SINAS DE FRATURAS                         |   |
|                      |                                     |  |  |  |  |   | NO MOMENTO SEM DOR EM COLUNA VERTEBRAL   |   |
|                      |                                     |  |  |  |  |   | CD: ALTA DA NEUROCRURIA, SUTURA DE FERIMENTOS E CURATIVO; AGUARDA AVAULACAO DA ORTOPEDIA |   |
|                      |                                     |  |  |  |  |   | Dados colhidos anteriormente <input checked="" type="checkbox"/> utilizar na impressao?  |   |
|                      |                                     |  |  |  |  |   |  |   |

GOVERNO DA PARAIBA

Sistema de Emergência e Trauma

Hospital Especial de Emergência e Trauma

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, sn, PEDRO GONDIIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 CNES: 445365

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Cruz Vermelha Brasileira

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, sn, PEDRO GONDIIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

| Paciente                  | BAE                     | Data/Hora Entrada                | Data Baixa          |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------|
| FRANCISCO ALVES DE LIMA   | 1129390                 | 15/12/2018 00:44:36              |                     |
| Data de nascimento        | Idade                   |                                  | Telefone de Contato |
| 23/06/1984                | 34a 3m 22d              | Sexo                             | (83) 88934151       |
|                           |                         | Masculino                        |                     |
| Mãe                       |                         |                                  | Prontuário          |
| EVA PEREIRA DE LIMA SOUSA |                         |                                  |                     |
| Endereço                  | Bairro                  | Município                        | UF                  |
| José Alves de Lima, 190   | Torre                   | JOAO PESSOA                      | PB                  |
| Acidente                  | Motivo                  | Profissional                     | Nº Cons. Regional   |
| QUEDA / OUTROS            | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ | 10271/PB            |
| Data/Hora Classificação   |                         | Data/Hora Prescrição             |                     |
| 15/12/2018 00:44:36       |                         | 15/12/2018 01:08:27              |                     |

## Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO. ENCONTRA-SE EMBRIAGADO, QUEIXANDO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR. MOVIMENTA ATIVAMENTE PESCOÇO E MEMBROS.

### AO EXAME:

- A: VIA AÉREA PERTURBADA SEM ALTERAÇÕES EM REGIÃO CERVICAL;
- B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA E SEM DEFORMIDADES TORÁCICAS;
- C: EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS COM PULSOS PALPÁVEIS BILATERALMENTE; FERIMENTO EM COTOVelo ESQUERDO SEM SANGRAMENTO IMPORTANTE;
- D: GLASGOW 15;
- E: SEM RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO EM MMSS E MMII

### CDT:

PRESCREVO SG 5%, DIPIRONA E CETOPROFENO;  
SOLICITO RX DE COLUNA LOMBAR + AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA;  
CURATIVO EM COTOVelo;  
ALTA DA CIRURGIA GERAL.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

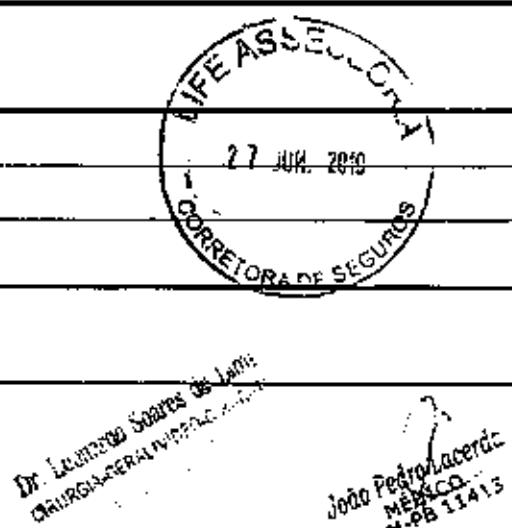
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

## CID10

| Código | Descrição                    | DATA         |
|--------|------------------------------|--------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado | 27 JUN. 2010 |
| T14.9  | Traumatismo não especificado |              |

## Conduta

Em observação



FRANCISCO ALVES DE LIMA

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ  
(CRM: 10271/PB)



## REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

|  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| Nome<br><b>FRANCISCO ALVES DE LIMA</b> |                                  |   |
| Data de<br>23/08/1984                  | Nº Boletim Emergência<br>1129390 | Prontuário                              |
| Material a examinar                    |                                  |   |
|  |                                  | Data Prescrição:<br>15/12/2018 01:08:27 |

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

Ex. Iberáto Souza de Lima  
R/URG-GERAL/HOSPITAL DA LIMA

Impresso por: -  
dia: -

João Pedro Lacerda  
MÉDICO  
CRM-PB 41413

### Assinatura e Carimbo do Profissional

O preceptor cobra recompensa para a realização e fiscalização das consultas





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

L DETRAN - PB N° 013027542701  
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
C DATA DE EMISSÃO 2017020059119 - Início  
R 1 0107721746-0 00/00000000 2017

NOME  
0 LUIZ PEREIRA DE ALMEIDA  
0  
4  
3  
2  
1

CPF / CNPJ 55451721491 PLACA OEV9602/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 951BXKBA1EB007318

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO MOTO TRAXX/JL50Q-8 ANO FAB. 2014

CAPACIDADE 2 P749 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

|                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| I COTA ÚNICA IPVA ISENTO | VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 | VENC / COTAS 2 <sup>a</sup> |
| V FAIXA IPVA *           | PARCELAMENTO / COTAS 0      | 3 <sup>a</sup>              |
| A *****                  |                             |                             |

PRÉMIO TARIFÁRIO IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURADO 23/02/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB 24/02/2017 4049  
42277



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR MEIOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013027542701 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/02/2017

CPF / CNPJ 55451721491 PLACA OEV9602/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 951BXKBA1EB007318

2014 9 PRÉMIO TARIFÁRIO

IOF (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO PE  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
SOTA ÚNICA PARCELADO 23/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.246.600/0001-04

4049-0850171-20170224





## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Francisco Alves da SilvaDATA DO ACIDENTE 15/12/2018 CPF DA VÍTIMA 064-478-914-98

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É Francisco Alves da SilvaENDERECO DO PORTADOR Rua Pedro Nogueira de Melo nº 510Nº 41 COMPLEMENTO AP 103 BAIRRO BomfimCIDADE Janeiro Tâmega UF PB CEP 58067-272E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (33) 98658-4273

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LÉGIVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LÉGIVEL)

- ( ) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Ob: REQUERENTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LÉGIVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LÉGIVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LÉGIVEL) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL)

- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LÉGIVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA 27/06/2019IDENTIDADE 3228439DATA 27/06/2019NOTA: ASSINATURA DE SEGURADORA

Ob: REQUERENTE ANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA Francisco Alves da Silva

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190400073      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ALVES DE LIMA      **Data do acidente:** 15/12/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COTOVELO ESQUERDO. P10  
FRATURA FECHADA DO ESCAFOIDE DIREITO. P1/2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P2  
ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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

## DANOS

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216704/19

**Vítima:** FRANCISCO ALVES DE LIMA

**CPF:** 067.778.914-98

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/12/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO ALVES DE LIMA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**FRANCISCO ALVES DE LIMA : 067.778.914-98**

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: 27/06/2019  
Nome: FRANCISCO ALVES DE LIMA  
CPF: 067.778.914-98

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

---

FRANCISCO ALVES DE LIMA

---

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA