

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Nº Sinistro: 3180028487

Vitima: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Data do Acidente: 25/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180028487**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12251804



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Nº Sinistro: 3180028487

Vitima: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Data do Acidente: 25/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180028487**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Nº Sinistro: 3180028487

Vitima: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Data do Acidente: 25/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180028487**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Nº Sinistro: 3180028487

Vitima: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Data do Acidente: 25/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180028487**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Nº Sinistro: 3180028487

Vitima: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

Data do Acidente: 25/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180028487**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou
ligue para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Nome do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

708.690.844-45

Nome completo da vítima

Ismael Francelino de Pontes Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ismael Francelino de Pontes Filho

CPF titular de conta

708.690.844-45

Profissão

Me Peritor

Como se trata

Centro

Cidade

Albuquerque

Número

102

Complemento

E-mail

alexa.mdracisarduarte@hotmail.com

CEP

58.320-000

Telefone (DDD)

83-99105-5363

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ USO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BPADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (002)

☐ ITAÚ (341)

☒ **CONTA ECONOMICA FEDERAL** (104)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

1033

DV

CONTA

Nº

000.600.43.6

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Albuquerque 03 de novembro de 2017

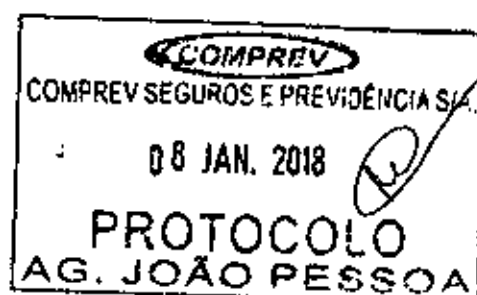
Local e Data

X Ismael Francelino de Pontes Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura do Representante Legal
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02246.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02246.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:43 horas do dia 19 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Israel Francellino de Pontes Filho, CPF nº 708.690.844-45, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Maria Salvina da Conceição e Israel Francellino de Pontes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/12/1991 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 102, complemento LOTEAMENTO BELA VISTA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Por Trás do Cemitério, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99139-8685.

Dados do(s) Fatos:

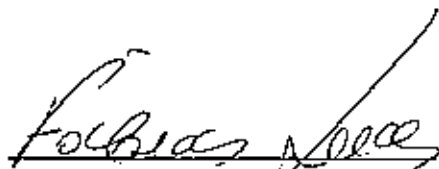
Local: Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante, Ladeira do Cuiá, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/06/17 08:22h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

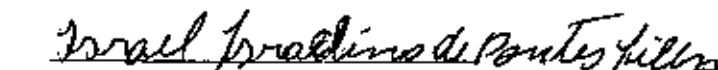
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

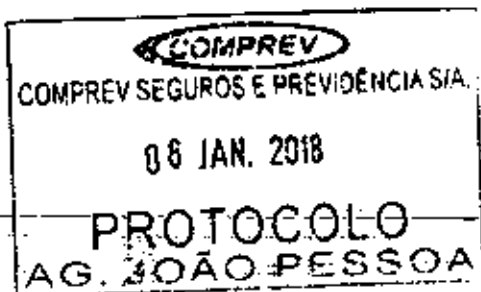
Que conduzia o CICLOMOTOR I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, PLACA OET0541/PB, 2014/2015, CHASSI LXYXCBL0XF0237230, registrado em nome do noticiante, quando ao passar por uma curva foi atingido frontalmente por uma MOTO HONDA POP 100, PRETA, PLACA NÃO IDENTIFICADA, a qual invadiu a contramão de direção; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1369/2017, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 16.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 19 de dezembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO
Noticiante



Procedimento Policial: 02246.01.2017.1.00.420



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

PROTOCOLO
CIRCULAR CUSEP 449/12
AS. JOAO PESSOA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Ismael Emanuelino de Pontes Filho

CPF da Vítima

708.690.844-15

Data do Acidente

25-06-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da respectivo pedido.

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

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

Assinatura 03 de novembro de 2017

Local e Data

Ismael Emanuelino de Pontes Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
 Av. Diógenes Chianca, 1777
 Água Fria - CEP 58093-900
 João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 707/074, **DECLARA** para os devidos fins que consta em nossos registros sob protocolo 1740873, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO**, idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 25/06/2017, na Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante, Bairro: Valentina-Cuiá - João Pessoa - aproximadamente às 08:22 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burty (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

SAME
 João Pessoa, 27 de Julho de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Est. Médico

CNPJ 192 Regional

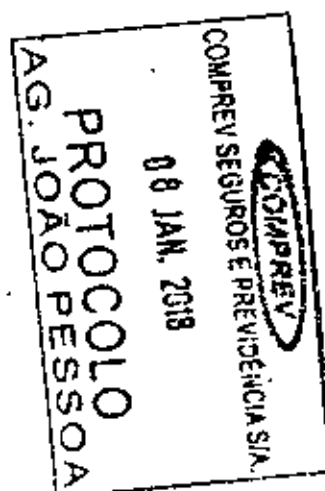
SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Emissão 27/10/2017 Referência Out/2017
 Classe/Suporte RESIDENCIAL/BANCA RENDA
 Roteiro 12-20-330-7922 Nº recibo:

ENERGISA PARÁIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Cmta. Paraíba - João Pessoa/PB - CEP 58011-490
CNPJ 08.183/0001-47 Ins. Est. 16.015.823/0

Nota Fiscal Contato: 011 2511-5700 200 pr-
Cód. para D.E.A. Automático: 00010432

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out-2017	27/10/2017	28/11/2017	8812339482

UC (Unidade Consumidora) 5/1054728-9

Canal de contact

Tendo Social de Energia Elétrica - TSEE e o mesmo para Le
 Nº 18.496, de 26 de abril de 1977.
 CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL.
 CADASTRO BIOMÉTRICO.
 IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA E OBRIGATORIA E GRATUITA.
 OUTROS PROCEDIMENTOS ELEITORAIS PARA ABERTA ALERTA QUANTO
 AO CADASTRAMENTO PROCURE UM CARTÃO ELEITORAL
 MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Comprobante de residencia



Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
27/09/17	839	27/10/17	713			74			30
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quilômetros Tanque	Valor Base Calc	Alg. Anterior	Base Calc Per(%)	Per(%)	Per(%)	Per(%)	Per(%)
0501	Consumo até 30/09/17	30.000	0,245030	7,25	7,25	25	1,94	7,25	1,07
0501	Consumo: 8 de 10/09/17	44.000	0,670050	16,42	18,48	25	4,52	18,48	0,18
0501	Adic. B Amortiz			0,09	0,09	25	0,07	0,08	0,00
0501	Adic. B Vermorel			1,94	1,94	25	0,49	1,94	0,02
0510	Subsídio			20,88	29,89	25	7,27	28,88	0,37
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0504	JUROS DE MORA 05/2017			0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0505	MULTA 05/2017			0,09	0,09	0	0,00	0,00	0,00
0505	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2017			2,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0506	Omissão Subsídio			-18,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCL Código de Classificação do Item	TOTAL					
	38,12	55,44	14,11	58,44	6,58	7,77

06	06/11/2017	RS 38,17
----	------------	----------

- Histórico de Consumo (kWh)

76	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

RESERVADO AO FISCO
cd8b:8267,1f3f,8e5d,b55c,d9ff,1934,dcb6.

[illegible]

Waktu dan EUGENIUM: 17/07/2017, 17:00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

38 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
08 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 00058
NABUÍTA
59036-490 JOÃO PESSOA, PB

Código NET
907/013314867
CPF/CNPJ
046.502.754-74

Vencimento
25/09/2017
Valor
194,64
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA SAÍDA FUTURA, DEBITO AUTOMÁTICO E DÍVIDAS, ACESSAR NET.COM.BR



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Bessa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Imael Emanuel de Pontes Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 708.690.844-45, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Imael Emanuel de Pontes Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.690.844-45, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Murici</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandra.bessa@lider.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99342-1140</u>

João Pessoa, PB de novembro de 2017
Local e Data

Alexandra Bessa Duarte
Assinatura do Declarante



24

Documentação médica - hospitalar



CERTIDÃO

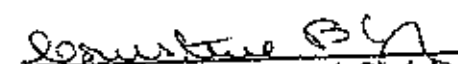
Nº. 1369/2017

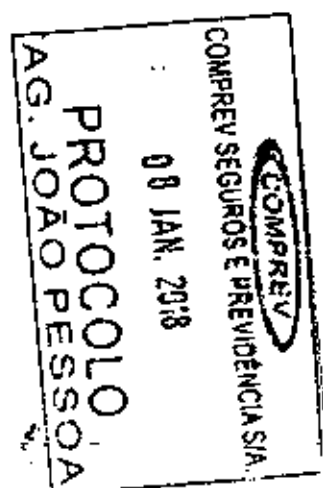
Atendendo solicitação de EVANDRO G DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº39579 e Prontuário Nº 2017.06.003222 pertencentes a **ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO** que foi atendido dia 25/06/2017 às 09H52min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em mão e pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 3º metatarso esquerdo + 4º metacarpo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/06/2017.

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

João Pessoa, 16 de outubro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



2 - VIA AÉREA: ☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

- VENTILAÇÃO: ☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parede-respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE: ☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHAÇOS: ☒ Creptação ☐ Hemopise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Eúlico

3 - CIRCULAÇÃO: ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☒ Normal

3.1 - EDEMAS: ☐ Não ☒ Sim - Local: DEDO ANULAR MSG

3.2 - PERFUSÃO: ☒ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☒ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.: ☐ Normal ☐ Alterado ☒ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO 15
ECGL

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Instalação de Oxigênio (O2)
☒ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☐ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Tala / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☒ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s):

VE EVOLUCÃO!

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Guia de Emergência - 01, Jelco n° 29-04, Lanceta + fita - 01
Luvas protec. 3 parces, SRL - 04.

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☒ Sim

Objetos:

nas tivemos acesso!

Entregues a / Local:

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: NORMANDO

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM:

COREN: 973.755

ENFERMEIRO(A): Wesley D. Silva

COREN: _____

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____

Observação: _____

TESTEMUNHA: _____

TESTEMUNHA: _____

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 25/06/17	ID da Ocorrência: 1740873	☐ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 09	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 08:50 Hs	Hora de Chegada no Local: 09:06 Hs
Paciente / Usuário: ISRAEL FRANCIELINO PONTE FILHO			Idade: 25	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone:	
Local da Ocorrência: ☒ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro:			Bairro: ELIÉ		Médico Regulador: FELIPE ONORINO	
Logradouro: LAD. LIMA DO OLIVEIRA						
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☒ Duas ☐ Três			☐ Mais de três:			
Apoio no Local: ☒ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros			☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:			
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros			☐ Evadido-se do Local ☐ Trots ☐ Outro:			
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
CHM - Complexo Hospitalar Municipal de João Pessoa Médico Regulador: DESONO (Unidade Hospitalar)			Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):			

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

CAUSAS EXTERNAS

Acidente de Trânsito

- ☐ Colisão carro x moto
☐ Queda de moto
☐ Atropelamento por:
☐ Colisão carro x carro
☐ Capotamento
☒ Outro: **MOTO X MOTO**

- ☐ F.A.F.
☐ F.A.B.
☐ Agressão Física
☐ Afogamento
☐ Queda - Altura aproximada:
☐ Solamento / Desabamento
☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANTECEDENTES

- ☐ AIDS ☐ Doença Mental
☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal
☐ AVC ☐ Droga
☐ Convulsões ☐ Hipertensão Arterial
☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores
☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios
☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

NEGA

1. DADOS VITAIS

P.A.: **110x80** FC: **69** FR: **16** HGT: **103** SpO2 - S/O2: **98%** SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente NEGA DE INÍCIO: PERDA DE CONSCIÊNCIA, MÍNIMO, ANO DO RESNAR, NEGA PERICULADA, LOMBALGIA DO TÓRAX OU ABDOMINAL, MÚSCULOS E MMII E MOVIMENTOS PRESERVADOS. QORTE EM DEDO (3º) M.E. E FIBRURA (?) EM DEDOS M.E.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: **INTEGRIIDADE DA PELE PREJUDICADA**

Intervenções: **SSUV + IMOBILIZAÇÕES + REMOÇÕES**

Evolução da Enfermeira:

PACIENTE EVOLVE C.B., CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSIVO, NORMOCORADO, EUPNÓICO E FRATURA FEMORAL + EDEMA EM M.E. "E" NO DEDO ANULAR, QORTE EM DEDO EM M.E. ACIMA 9. DEDOS LADAN. DO M. REGR. FEMORAL.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

ORIENTADO + SRM F/ DUP F REMOÇÕES + IMOBILIZAÇÕES

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 JAN. 2018
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

08/01/2018

Paciente apresentando lesão de aproximadamente
 15 cm em região Anterior e Posterior
 da perna (C) + Doa e edema no região medial
 Apresentando também lesão de 1 cm
 na perna + Doa edema e de paroníquia
 Na evidência Fratura na 3ª metatarso

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Na 4ª metatarso fratura

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

- 110: Fratura exposta da
 4ª metatarso e da 3ª metatarso -
 lesão (C)

- 110: A.O. - 100% - 100%

Reservado p/ liberação

541.500,00 (100%)
 10/01/2018 (C)
 10/01/2018 (C)

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

Dr. Elias P. Pessoa Neto
 CRM - RJ 8498

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
 [] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Ficha Nr: 39579 Atd: Nao Regulada
Data: 25/06/2017
Hora: 09:52:10
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: .1

Num. Prontuario: 2017.06.003222

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/12/1997 Id: 19 ano(s)

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pa1:

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

Telex/Doc. Responsavel: '91622090 / SEM DOCUMENTO: 30

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTOXMOTO AS 8HS NO CUIA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

CONDICÇES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

de Classificação de Risco:

FR:

() Aparentemente Bem () Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Alturas:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

2502

☐ Diarreia ☐ Agitado

029:

[] Regular

i 1 vomito

Queixa Principal

Observação

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Quede de nobre trazido pelo SAMC
de parte de consciencia ou vontade
NDA NON Jones NDA

Post 1 CO

! Conduta *col ex / epm*

Fredricka

COMPRES SEGUROS E PREVIDENCIA SIA.

18 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| Horário da Medicação

100-251641-1000

08 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

Fratura na 3ª metacarpa (G)
Fratura na 4ª metacarpa (G)

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura exposta de 3ª metacarpa
e de 4ª metacarpa

Conduta:

Tratamento cirúrgico

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM 8498



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Larissa Francilina Pantoja Data da Admissão: 25/05/12
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: _____

HDA: Exigência física de acidente de trabalho (casual)
do motorista em trânsito de uma empresa de transporte
de passageiros. O acidente ocorreu no dia 25/05/12, às 15h, em uma
avenida de 15 km de extensão, no km 4, onde o veículo
colidiu com um caminhão de 15 km de extensão, no km 4, onde
ocorreu o acidente.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2013

Medicações em uso: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Posição em Decúbito Dorsal. Mãos
gentil. Solte a cabeça.
Amp. e Ant. Amp.
- Apertar da amp. e Amp.

Incisão:

- Realizacja Liny i maszyniery
do Fawcraite ~~na~~ ^z ~~16~~ ¹⁵, ~~con~~ SF 79
Aleksandra

Achados:

shados: - Realizacão s. t. de Edmundo
DBS: Fato 2º met. em Esq. de 1º. 2º. 3º. 4º. 5º. 6º. 7º. 8º. 9º. 10º. 11º. 12º. 13º. 14º. 15º. 16º. 17º. 18º. 19º. 20º. 21º. 22º. 23º. 24º. 25º. 26º. 27º. 28º. 29º. 30º. 31º. 32º. 33º. 34º. 35º. 36º. 37º. 38º. 39º. 40º. 41º. 42º. 43º. 44º. 45º. 46º. 47º. 48º. 49º. 50º. 51º. 52º. 53º. 54º. 55º. 56º. 57º. 58º. 59º. 60º. 61º. 62º. 63º. 64º. 65º. 66º. 67º. 68º. 69º. 70º. 71º. 72º. 73º. 74º. 75º. 76º. 77º. 78º. 79º. 80º. 81º. 82º. 83º. 84º. 85º. 86º. 87º. 88º. 89º. 90º. 91º. 92º. 93º. 94º. 95º. 96º. 97º. 98º. 99º. 100º. 101º. 102º. 103º. 104º. 105º. 106º. 107º. 108º. 109º. 110º. 111º. 112º. 113º. 114º. 115º. 116º. 117º. 118º. 119º. 120º. 121º. 122º. 123º. 124º. 125º. 126º. 127º. 128º. 129º. 130º. 131º. 132º. 133º. 134º. 135º. 136º. 137º. 138º. 139º. 140º. 141º. 142º. 143º. 144º. 145º. 146º. 147º. 148º. 149º. 150º. 151º. 152º. 153º. 154º. 155º. 156º. 157º. 158º. 159º. 160º. 161º. 162º. 163º. 164º. 165º. 166º. 167º. 168º. 169º. 170º. 171º. 172º. 173º. 174º. 175º. 176º. 177º. 178º. 179º. 180º. 181º. 182º. 183º. 184º. 185º. 186º. 187º. 188º. 189º. 190º. 191º. 192º. 193º. 194º. 195º. 196º. 197º. 198º. 199º. 200º. 201º. 202º. 203º. 204º. 205º. 206º. 207º. 208º. 209º. 210º. 211º. 212º. 213º. 214º. 215º. 216º. 217º. 218º. 219º. 220º. 221º. 222º. 223º. 224º. 225º. 226º. 227º. 228º. 229º. 230º. 231º. 232º. 233º. 234º. 235º. 236º. 237º. 238º. 239º. 240º. 241º. 242º. 243º. 244º. 245º. 246º. 247º. 248º. 249º. 250º. 251º. 252º. 253º. 254º. 255º. 256º. 257º. 258º. 259º. 260º. 261º. 262º. 263º. 264º. 265º. 266º. 267º. 268º. 269º. 270º. 271º. 272º. 273º. 274º. 275º. 276º. 277º. 278º. 279º. 280º. 281º. 282º. 283º. 284º. 285º. 286º. 287º. 288º. 289º. 290º. 291º. 292º. 293º. 294º. 295º. 296º. 297º. 298º. 299º. 300º. 301º. 302º. 303º. 304º. 305º. 306º. 307º. 308º. 309º. 310º. 311º. 312º. 313º. 314º. 315º. 316º. 317º. 318º. 319º. 320º. 321º. 322º. 323º. 324º. 325º. 326º. 327º. 328º. 329º. 330º. 331º. 332º. 333º. 334º. 335º. 336º. 337º. 338º. 339º. 340º. 341º. 342º. 343º. 344º. 345º. 346º. 347º. 348º. 349º. 350º. 351º. 352º. 353º. 354º. 355º. 356º. 357º. 358º. 359º. 360º. 361º. 362º. 363º. 364º. 365º. 366º. 367º. 368º. 369º. 370º. 371º. 372º. 373º. 374º. 375º. 376º. 377º. 378º. 379º. 380º. 381º. 382º. 383º. 384º. 385º. 386º. 387º. 388º. 389º. 390º. 391º. 392º. 393º. 394º. 395º. 396º. 397º. 398º. 399º. 400º. 401º. 402º. 403º. 404º. 405º. 406º. 407º. 408º. 409º. 410º. 411º. 412º. 413º. 414º. 415º. 416º. 417º. 418º. 419º. 420º. 421º. 422º. 423º. 424º. 425º. 426º. 427º. 428º. 429º. 430º. 431º. 432º. 433º. 434º. 435º. 436º. 437º. 438º. 439º. 440º. 441º. 442º. 443º. 444º. 445º. 446º. 447º. 448º. 449º. 450º. 451º. 452º. 453º. 454º. 455º. 456º. 457º. 458º. 459º. 460º. 461º. 462º. 463º. 464º. 465º. 466º. 467º. 468º. 469º. 470º. 471º. 472º. 473º. 474º. 475º. 476º. 477º. 478º. 479º. 480º. 481º. 482º. 483º. 484º. 485º. 486º. 487º. 488º. 489º. 490º. 491º. 492º. 493º. 494º. 495º. 496º. 497º. 498º. 499º. 500º. 501º. 502º. 503º. 504º. 505º. 506º. 507º. 508º. 509º. 510º. 511º. 512º. 513º. 514º. 515º. 516º. 517º. 518º. 519º. 520º. 521º. 522º. 523º. 524º. 525º. 526º. 527º. 528º. 529º. 530º. 531º. 532º. 533º. 534º. 535º. 536º. 537º. 538º. 539º. 540º. 541º. 542º. 543º. 544º. 545º. 546º. 547º. 548º. 549º. 550º. 551º. 552º. 553º. 554º. 555º. 556º. 557º. 558º. 559º. 560º. 561º. 562º. 563º. 564º. 565º. 566º. 567º. 568º. 569º. 570º. 571º. 572º. 573º. 574º. 575º. 576º. 577º. 578º. 579º. 580º. 581º. 582º. 583º. 584º. 585º. 586º. 587º. 588º. 589º. 590º. 591º. 592º. 593º. 594º. 595º. 596º. 597º. 598º. 599º. 600º. 601º. 602º. 603º. 604º. 605º. 606º. 607º. 608º. 609º. 610º. 611º. 612º. 613º. 614º. 615º. 616º. 617º. 618º. 619º. 620º. 621º. 622º. 623º. 624º. 625º. 626º. 627º. 628º. 629º. 630º. 631º. 632º. 633º. 634º. 635º. 636º. 637º. 638º. 639º. 640º. 641º. 642º. 643º. 644º. 645º. 646º. 647º. 648º. 649º. 650º. 651º. 652º. 653º. 654º. 655º. 656º. 657º. 658º. 659º. 660º. 661º. 662º. 663º. 664º. 665º. 666º. 667º. 668º. 669º. 670º. 671º. 672º. 673º. 674º. 675º. 676º. 677º. 678º. 679º. 680º. 681º. 682º. 683º. 684º. 685º. 686º. 687º. 688º. 689º. 690º. 691º. 692º. 693º. 694º. 695º

Conduta:

- ~~Imagem~~ Horizontal em
 4° P.A.E.
 - ~~Imagem~~ da Placa de 2 g
 de ~~gosto~~
 - ~~Imagem~~ Horizontal em SF 99
 - ~~Imagem~~ Horizontal em 92 Fios Kc
 1.0 ~~Imagem~~ Horizontal em 92 Fios Kc
 - ~~Imagem~~ Horizontal em 92 Fios Kc

Fechamento:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

OBS:

96 JAN. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM/RN 3498

Data: 25 106 117

MEDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Carla Francilina Pante</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>25.06.17</u>	Cirurgião: <u>Dr. Edson Tinsco</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Frente e parte 4º metacarpal da</u>					
<u> mão (G)</u>					
<u>Frente e parte 3º metacarpal da</u>					
<u> mão (D)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>S. n. n.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Tratamento cirúrgico com</u>					
<u> e suture</u>					
				 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 08 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 (X) Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



SL-0007736/18
 natalia.silva.0111
 19/07/2018 15:31:57

CERTIDÃO

Nº. 1369/2017

ASL-0007736/18
 Documentação médica - hospit.
 19/07/2018 15:31:57

Atendendo solicitação de EVANDRO G. DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº39579 e Prontuário Nº 2017.06.003222 pertencentes a ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO que foi atendido dia 25/06/2017 às 09H52min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em mão e pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 3º metatarso esquerdo + 4º metacarpo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/06/2017.

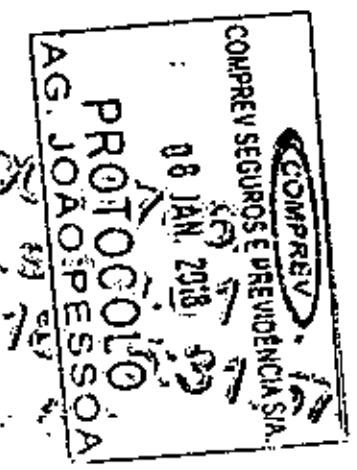
E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de outubro de 2017

SL-0007736/18
 natalia.silva.0111
 19/07/2018 15:31:57

Christine Maria Batista de Brito Lyra
 Médica da Vigilância à Saúde
 CRM/PB 31371

ASL-0007736/18
 natalia.silva.0111
 19/07/2018 15:31:57



2. VIA AÉREA: ☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

3. VENTILAÇÃO: ☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Período respiratório

4. EXPANSIBILIDADE: ☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

5. ACHADOS: ☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hérnia Estômico

6. CIRCULAÇÃO: ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Seca ☐ Normal

7. EDEMAS: ☐ Não ☐ Sim - Local: DEDO ANULAR MSE

8. PERFUSÃO: ☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

9. PULSO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

10. E.C.G.: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Não realizado

11. EXAME NEUROLÓGICO: 15
ECGL

12. EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal ☐ Anormal

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: NAO
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS: ☐ Bomba de Infusão ☐ Cânula Orofaríngea ☐ Colar cervical ☐ Controle de hemorragia ☐ Crioterapia ☐ Curativo ☐ DEA ☐ Desobstrução vias aéreas ☐ Drenagem torácica ☐ Desfibrilação / Cardioversão ☐ Entubação Orotraqueal ☐ Instalação de Oxigênio (O2) ☐ Imobilização de membros ☐ KED Adulto ☐ KED Infantil ☐ Massagem cardíaca externa ☐ Orotraqueal ☐ Prancha Longa ☐ Punção venosa ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical ☐ Sedação ☐ Tala / Traction ☐ Ventilação mecânica (manual / automática) ☐ VMI ☐ VMI ☐ Outros: NAO

Descrição do(s) procedimento(s): VELEVOCAS!

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM): Grampo usado - 01, LANCETA 17 fita - 01
WAS PARES. 3 pares, SRL - 04.

PERTENCES DA VÍTIMA: ☐ Não ☐ Sim
Objetos: NAO
NATALIA SILVA
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: NORMANDO MATRÍCULA: 773-755
TEC. ENFERMAGEM: WILSON MATRÍCULA: 773-755
ENFERMEIRO(A): WILSON MATRÍCULA: 773-755
MÉDICO(A): WILSON MATRÍCULA: 773-755

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente: ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento
NOME: WILSON RG / CPF: 773-755
ASSINATURA (RUBRICA): WILSON Observação: WILSON
TESTEMUNHA: WILSON TESTEMUNHA: WILSON

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 08 JAN - 2018 15:39:57
 PROTOCOLO
 AG: JOAO PESSOA

SL-0007736/18
 NATALLIA SILVA.0111
 19/07/2018 15:39:57

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

OR 000600 dia

Paciente apresentando de 4º mês de gestação
 15 cm em região abdominal e parto
 da mãe + da mãe 3º período menstrual
 Apresentando hemorragia de 1º período menstrual
 4º mês + da mãe 3º período menstrual
 A evidência é de 3º mês de gestação

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução
 SL-0007736/18
 NATALLIA SILVA.0111
 19/07/2018 15:39:57
 4º mês de gestação

Assinatura da Enfermagem

EXAME REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência ☒ Transferido ☐
 Alta a pedido ☒ Enfermária ☐

() Desistência
 Obito: () Atestado () SVO

SL-0007736/18
 NATALLIA SILVA.0111
 19/07/2018 15:39:57

AGUTI
 NATALLIA SILVA.0111
 19/07/2018 15:39:57

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
EXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
580-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 39579 Atd: Nao Regu
Data: 25/06/2017
Hora: 09:52:10
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ISRAEL FRANCELINO PONTES FILHO
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 91622090
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/12/1997 Id: 19 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOPARQUE, DO SOL
Pai: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.06.003222

MARIA SALVINA DA CONCEICAO

Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

ACOES DE ENTRADA

ISRAEL FRANCELINO PONTES FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 91622090

Procedencia: RUA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTOXMOTO AS 8HS NO CUIA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Bo de Classificacao de Risco:

FR: 01

TP: 1

Altura: 1,70m

IMC: 22,5

Circ. Abd: 82cm

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Gravemente

[] Politraumatizado

[] Hemorragia

[] Diarreia

[] Regular

[] Vômito

[] Chocado

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queixa de dor no tórax, pelo SAMU

perda de consciência ou náuseas

USO NDN Toux NDN ASI

Postico

9/10

Prescricao

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

08 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

08

08

08

08

08

08

Conduta

Horario da medicacao

Marcia Vieira

ASL-000177

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
08 JAN 2018

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alergias:

Cirurgias:

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

[] Trauma

[] Neo

[] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico:

Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS

DM

TB

NEO

Dislipidemias

Exame Físico:

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

FC = _____

FR = _____

TEMP (C) = _____

Gerar: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas:

Fratura exposta de 3º metatarso

e distal 4º metacarpo

Conduta:

Dr. Eneas P. Bessa Neto

MÉDICO

CRM 8498



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leandro Francisco Costa Data da Admissão: 25/05/13
 Prontuário: 10077361-1 Idade: 31 Enfermaria: 1 Leito: 1
 Nome da Mãe: Leandro
 Endereço: João Pessoa Bairro: 1
 Cidade: João Pessoa Estado: PB Fone: 3311-1111 Profissão: 1
 Sexo: F () M () Cor: 1 Estado Civil: 1 Religião: 1
 Escolaridade: 1 Data de Nascimento: 1/1/1982

QPD: 1

HDA: Paciente admitido de acidente de trânsito (carro batido) com lesões de membros superiores e inferiores, com fraturas de rádio e ulna do membro superior direito e de fêmur do membro inferior direito, com lesões de pele e de tecidos moles.

COMPREV	00 JAN 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Medicações em uso: 1

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso 1 Kg em 1 [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: 1

Pele: 1

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Audição: 1 Visão: 1

AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema [] Outros: 1

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melenas [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: 1

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor 1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em Decúbito Dorsal, com membros superiores flexionados e membros inferiores estendidos. 10:00
Incisão:	- Realizada incisão mediana sobre a linha média, com extensão de 10 cm. 10:10
Achados:	- Realizada incisão mediana sobre a linha média, com extensão de 10 cm. 10:10
Condução:	- Realizada incisão mediana sobre a linha média, com extensão de 10 cm. 10:10
Fechamento:	- Realizada incisão mediana sobre a linha média, com extensão de 10 cm. 10:10
OBS:	10:00
PROTÓCOLO	10:00
AG. JOÃO PESSOA	10:00

Data: 25/06/17

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

P-024



Israel Francellino de Sontes Filho



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.264.191 DATA DE EMISSÃO 04/07/2014

NOME ISRAEL FRANCIELINO DE SONTES FILHO

FILHO ISRAEL FRANCIELINO DE SONTES

MARIA SALVINA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA - PB

DOC. DE IDENT. 29/12/1991

NASC. N. 10922 FLS. 65V LIV. A 12

CARTÓRIO ALHANDRA PB

708.690.844-45

LE Nº 118 DE 2005

Documentos de identificação



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

STAR MOTOS LTDA

RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE
ALMEIDA Nº 64 - TORRE JOAO
CEP: 58040-300
FONE: (83) 3031-2345

DANTE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
ENTRADA
SAIDA
Nº: 000.028.468
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

Quilos



681174963870

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora.

Protocolo de autorização de uso

325150009428864-09/06/2015-13:13:39

NATUREZA OPERAÇÃO
VENDA DE VEICULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL
161869637

COC. ESTADUAL DO FURST. TRIBUTARIO

CNPJ

14.0678250001-10

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

CNPJ

308.690.744-45

DATA DA EMISSÃO

09/06/2015

ENDEREÇO

RUA PRESIDENTE RANIERE MAZILLI SN SEASA 1234

RAMPO DESTINATÁRIO

CRISTO REDENTOR

CNPJ

58071-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

JOAO PESSOA

UF

PA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

NATUREZA/DESCRIÇÃO

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.715,37 (4,30%)	3.790,00
VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO ICMS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	-0,00	0,00	0,00	0,00	3.790,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
XY 300 PHOENIX	VEICULO NOVO - Marca: PHOENIX Tipo: CICLOMOTOR - Modelo: XY 300 PHOENIX Combustível: GASOLINA - Ano Fab: 2014 Ano Mod: 2015 Chassi: LKXKBL0001710 Motor: 170CM3/10000 RPM 2.2 HP Cor: CARBONO - Referência: 010717 NT Original: 40193 Emissão: PASSAGIROS Pneus: 12	1	UN	3.790,00	3.790,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO DE USO
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 511/2011 MDS: 4056555-45/141624924774 PEDIDO VINCULADO PRE-VENDA 1633 - VENDEDOR: AXA - PESSOA FÍSICA CARTÃO VISA PARCELADO LULA	
DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA. Ref. Copimex 7645 (BCF 1)	

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/06/2015 13:18

Desenvolvido por: SIG-SFS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JAN 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007786/18

Vítima: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

CPF: 708.690.844-45

Data do Acidente: 25/06/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de Identificação

Procuração

ISRAEL FRANCELINO DE PONTES FILHO : 708.690.844-45

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2018

Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE

CPF/CNPJ: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT

Eu Israel Francisco de P. Filho, Sinistro
de nº 3180028487, inscrito no CPF de nº 3180028487,
venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar líquido e incerto da
minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em
decorrência do acidente.

Informo ainda que só tenho como expor a documentação que consta em
anexo, pois fui atendido em hospital público e o mesmo só disponibiliza a
documentação apresentada. E que não tenho como pagar uma consulta em
clínica particular para que um médico possa me avaliar.
A meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por
nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma
finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico
perito possa analisar minhas lesões.

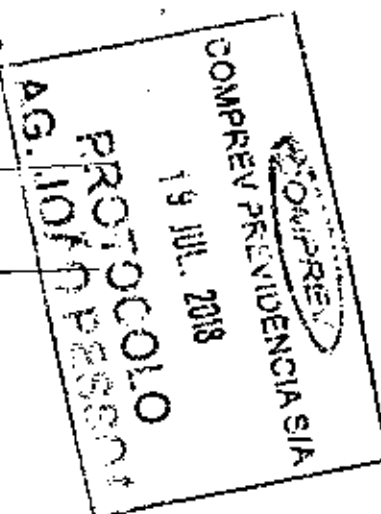
Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve
possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar
definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à
qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de
1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

João Pessoa - PB 19 de Julho de 2018

Procurador (a)

Israel Francisco de P. Filho
Assinatura do Declarante



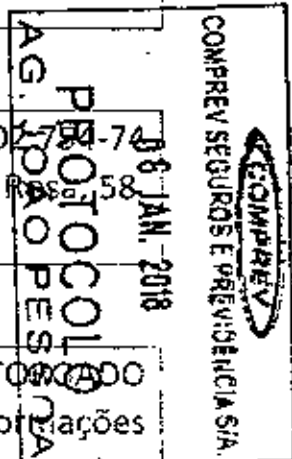


OUTORGANTE:

Ismael Francisco de Pontes Filho
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão repositor
CI RG nº 4.264.191
CPF/MF nº 708.690.844-45 residente e domiciliado(a) à Rua Penafete da 102 - Centro
Cidade de Alhamobra Estado Paraíba
CEP: 58320-000 telefone 83-99105-5363 e 8663-4900

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa 58 Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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



Alhamobra, 03 de novembro de 20 17.

Ismael Francisco de Pontes Filho

OUTORGANTE



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a seguinte assinatura e rubrica de ISMAEL FRANCISCO DE PONTES FILHO, inscrita no CPF nº 708.690.844-45 e RG nº 4.264.191, em testada verdade. Alhamobra-PB 03/11/2017 10:41:24
Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto
(2017-003055) ENCL: 09 19 23 FAPEN: 0,22 FEP: 0,85 ISS: 0,05
SELO DIGITAL: AF203043-2048
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.gov.br>