

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### CIRCULAR SUSEP 445/12

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Oliveira Justino Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 01.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adilson Luiz de Oliveira Justino Fronza inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.832.424 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Adilson Luiz de Oliveira Justino Fronza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.832.424 / 67, 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>Morada: Rua</u>	Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>cc_f.adilson@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 25 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Justino Neto  
Assinatura do Declarante

SUAPREVIDENCIAS  
25 FEV. 2019  
**PROTOCOLO**  
AD PESSOA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu Adailson Souza de Queiroz Gutimbo Neto inscrito (a) no CPF sob o N° 007.854.364 / 99,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ivone Eduardo Jutino Fraga inscrito (a) no CPF sob o N° 516.832.424 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura Tmobilizez da Vítima Ivone Eduardo Jutino Fraga inscrito (a) no CPF sob o N° 516.832.424 / 67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

COMPRESF - PREVIDÊNCIA S/A

**03 OUT. 2019**

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.

Líderesce	<u>Av. Linda Wrenco</u>	Número	<u>172</u>
Rua:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>
E-mail:	<u>cc_f@compresf.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83-3506-1910</u>
		Estado:	<u>73 58013-430</u>
		CEP:	<u>83.988-495-5530</u>
		Telefone celular (DDD)	

João Pessoa-PB 03 de Outubro de 2019  
Local e Data

Adailson Souza de Queiroz Gutimbo Neto  
Assinatura do Declarante



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



## **LAUDO MÉDICO**

## **INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE	LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA
DATA DE NASCIMENTO	09/01/99
NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO JUSTINO

## DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	105.769
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.045.933
DATA DO ATENDIMENTO	03/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	05:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVICULA DIREITA
CID 10	S42.0

## AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor na região da clavícula direita, com deformidade e limitação dos movimentos. Consciente orientado. Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula direita. Internação para tratamento cirúrgico, operado e evoluiu bem.

**EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:**

RX de ombro direito

## RESULTADOS DOS EXAMES:

## Fratura de clavícula direita

#### **TRATAMENTO:**

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita

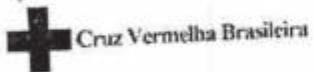
**ALTA HOSPITALAR:** 07/12/17  
**DATA DA EMISSÃO:** 28/03/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM-2329/PB

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

25 FEV. 2019

PROTÓCOLO  
DÀO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>	BAE 1045933	Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52	Data Baixa
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996339418
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>			Prontuário
Endereço <b>GOLFO DE WASH, SN</b>	Bairro <b>INTERMARES</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>VICTOR LINHARES LUGUINHO</b>	Nº Cons. Regional 10894/PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

#### Anamnese

paciente vítima de queda de moto  
queixa de dor em clavícula direita  
RX: fratura de clavícula direita  
cd: internamento para cirurgia

#### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

#### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

#### CUIDADOS

SSVV + CCGG

#### EXAME LABORATORIAL

EMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

#### CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

#### Conduta

Em observação

COMPRAV PREVIDÊNCIA S.A.  
25 FEV. 2019  
**PROTÓCULO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Dr. Victor Linhares  
CRM 8.14-RN  
CRM 10894-PB  
VICTOR LINHARES LUGUINHO  
(: 10894/PB)

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>	BAE 1045933	Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52	Data Baixa
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996339418
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>			Prontuário
Endereço <b>GOLFO DE WASH, SN</b>	Bairro <b>INTERMARES</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>VICTOR LINHARES LUGUINHO</b>	Nº Cons. Regional <b>10894/PB</b>
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

paciente vítima de queda de moto  
queixa de dor em clavícula direita  
RX: fratura de clavícula direita  
cd: internamento para cirurgia

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

**CUIDADOS**

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

EMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta**

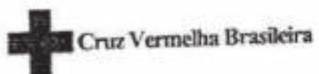
Em observação

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8127  
CRM 106



LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANCA

VICTOR LINHARES LUGUINHO  
(: 10894/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA			Número Prontuário: 105769
Data de 09/01/1999	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/12/2017 09:20:56	Data de Alta: 07/12/2017 12:01:43
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: RAFI CLAVÍCULA			
Resumo da Internação: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, EM BOM ESTADO GERAL.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: RAFI CLAVÍCULA			
Diagnóstico: 2.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS			

Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia / Cir. Geral  
CRM: 6786 / TCR: 1203

GUSTAVO FARIA MENDONÇA  
CRM: 6786 - PB

Data: 07/12/2017



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Goonzate Humbero Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNPJ: 6121221

Paciente <b>LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>		BAE 1045933	Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52	Data Baixa
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18	Sexo Masculino	CNS 700102997863116	Telefone de Contato (83) 996339418
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>				Prontuário
Endereço <b>GOLFO DE WASH, SN</b>		Bairro <b>INTERMARES</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA</b>		Nº Cons. Regional <b>10190/PB</b>
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 05:42:52		
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

'CIRURGIA GERAL - 1º ATENDIMENTO#  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ENCONTRAVA-SE COM CAPACETE;  
A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL;  
B: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DRIVE VENTILATÓRIO SEM ALTERAÇÕES;  
C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE;  
D: ECG 15;  
E: ESCORIACÕES EM MSD E MID, E DORSO. CLÁVICULA DIREITA APARENTEMENTE FRATURADA.

#### **CUIDADOS**

## SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

## RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

## Conduta

### **| Em observação**

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

~~FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA  
(.: 38190/PB)~~

22/12/2017

- TiMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736  
Boletim de Atendimento: 1045933

<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1236687	Nome <b>LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 105769
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>				Pai <b>JOSUE LUCENA DE FRANCA</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO - O MESMO(A)</b>
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996339418	DDD Fixo	Fone Fixo:	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 700102997863116		
Local de procedência <b>CABEDELO</b>		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58102128	Município de residência <b>CABEDELO</b>	UF PB	Logradouro <b>GOLFO DE WASH</b>	
Número SN	Complemento	Bairro <b>INTERMARES</b>		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 03/12/2017 05:37:52	Número da pulseira <b>1000006289699</b>	Convênio SUS		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			Origem do paciente RUA
Classificação de risco				Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>			
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos:				
Diagnóstico				
Atendido por <b>IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO</b>				
<a href="#">Imprimir</a>				



THE ESTATE

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**



CURR VERAFLHA  
BRASILEIRA

Número:

Paciente: duiz Eduardo Santana Freire Data: 05 / 12 / 17  
Procedimento: Catamnese Clínico de paciente do Glos. seu Reposição:  
SUS: (  ) Não SUS (  )  
Médico: Dr. Joes Henrique de Souza Freyre

Caixa Pronta

Resposta: \_\_\_\_\_

Na o SUS ( )

Editor: Dr. José Francisco de la Torre

DISPENSAÇÃO-CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TRG Cariúguara "	Flaca de Reconstituição com óleo de aguarrá Pó de Guaxá (6x.35g) Nº 14	01		
TRG Cariúguara "	Nº 16	04	02	—
Artimilus	Jó de Kunachimun N°20 A grana	01		

Class. No. 235594

PAPERS OF THE AMERICAN ACADEMY IN LONDON

Assinatura Enfermagem - COREN

ASSINATURA DA BENDICO - CRM

A335174

F(NG), APC.013-2

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			2 - CNES 4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <i>deus Eduardo Justino França</i> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>1045533</i> 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO <i>Masc. V 1 Fem 3</i> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO	15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD PROcedimento - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD PROcedimento - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
		34 - QTDE		
		36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
37 - QTDE				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p>01- Placa de Reconstrução onirica de 08 pms.  <u>In Cintigia - 6x 3,5</u>            Parfusos Goticas            N: 14 - 04 unidades            N: 16 - 02 unidades</p> <p>Autentico            01- Jgo de Kuschne            m: 20 p/ gusa.</p> <p>Biomédical            01- Agulha p/ Bloqueio            d: plato A-30.</p>				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		PROFISSIONAL SOLICITANTE		
41. DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>05/05/2010</i>
43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		
47. DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45. CÓD ÓRGÃO EMISSOR <i>05/05/2010</i>
		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>05/05/2010</i>		
		49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTHUR

Nome: Thiago Orlando F. Lima BE/Prontuário: 1045933  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 05/12/14  
 Clinica/Setor: Ortopédia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Maior envolvimento de fratura de clavícula direita  
 Cirurgião: Dra. Débora P. Ribeiro 1º Assistente: Dra. Orlando  
 2º Assistente: Dra. Jéssyka (F2) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: Wellinton Anestesista: Dra. Oliveira  
 Tipo de Anestesia: Bloco Regional Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
+ Geral

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura clavícula direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fratura aberta</u>	
<u>Ampliação interna</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

*Dra. Jéssyka Eneilia F. Ribeiro*  
*CRM-PB*  
*CRN-PB*

João Pessoa, 05/12/14



CROZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSEL

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Cintiloscopia préoperatoria.  
Tumore em diáfiso distal em Cadeira de malha reta antebraço.  
Visceral + antração de lado e MSO  
Grau II de Compreensão cirúrgica.

**Incisão:**

Sua de aviso em parte em óbito em óbito direito  
Ressecção diáfiso e óbito por planos anatômicos  
Cuidado de hemostasia

**Achados:**

Mastita multifragmentada de topo médio da clavícula  
direita.

**Conduta:**

Ressecção de lesão  
Preparo da óbita da óbita  
Ressecção da óbita + óbito com fuso K  
Óbito óbito com óbito de óbito de 8 furos +  
óbito óbito  
Óbito de fuso K  
Óbito óbito óbito com óbito óbito  
Óbito de hemostasia

**Fechamento:**

Sutura por planos anatômicos  
Clavícula óbita

**Observação:**

Macroseptos óbita

Dr. Henrique  
CRM 123456  
Cirurgião

João Pessoa, 05/12/11

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



## Nota de Sala Cirúrgica

Nº ESTRI

NOME DO PACIENTE:	Flávio Eduardo Justino Franco		
IDADE:	17	SEXO:	BE
PRONTUÁRIO:	1041933	ENFERMAGEM:	LEITO
CIRURGIA:	Intervento Cirúrgico de fractura de Clavicula (Lateral)		
CIRURGIÃO:	Dr. J. P. Fernandes + Dr. J. G. K.		
ANESTESIA:	Glicoxil de placa + Geral		
ANESTESISTA:	Dr. Gilvander		
INSTRUMENTADOR:	W. Wilkinson + Ana Paula		
DATUM:	05/12/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:	09:00
		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM:	11:00
		CIRURGIA: INÍCIO:	09:30 AM 10/10/10

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I (SAÚDE) 2 (RISCO MÍNIMO) 3 (RISCO MÉDIO) 4 (RISCO ALTO) 5 (RISCO MUITO ALTO)

GRAL DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO RL		JELCO Nº18	
BUPIVACAINA ISOBÁRICA				JELCO Nº20	
BUPIVACAINA PESADA				JELCO Nº22	
CETAMINA				JELCO Nº24	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	
MIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	
FENOBARBITAL		ALCOOL EPILÍTICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	
FENTANILA		PVP1 DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº22	
FLUUMAZÉNOL		PVP1 TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	
ISOFLURANO		PVP1 TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
VOBUPIVACAINA C/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	
LEVOBUPIVACAINA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LÍDOCAINA C/VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LÍDOCAINA S/VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
NIMBİUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	
PETEDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SÓRIO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº21G		SCALP Nº19	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DÉ CREPOM 15cm		SERINGA 10ML	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA			
RENALINA		CÂNLULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°	
UA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
CEFAZOLINA	1g	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
XAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
ÁIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA NASOG. LONGA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TORNEIRINHA	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LÍDOCAINA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL		EQUIPO TRANS. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICRORODAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PAPI			
TENOIXCAN		ESPARADRAPO			
Nicotigmina		GAZES			
		GAZES ALGODONADAS			
		GEL ELETROLÍTICO			
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº15			
		Gesso		Aquele qd. tijolinho	
		Prope		q. placa Al 50	

Flaviano Gisca - 385537  
FING/ASCIA.011-2

SOCIETATIS  
ANESTHESIOLOGICAE  
BRASILIENSIS

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 05/12/17

PRONTUÁRIO: 1045933

SERIAL

PACIENTE: Luis Eduardo Justino

SEXO: M COR: 3 IDADE: 18 anos

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 78

RESPIRAÇÃO 12

TEMPERATURA PESO

GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Voz monticular - viscer - rugas suspiras

AP. RESPIRATÓRIO mvt em ambos Hmt

AP. CIRCULATORIO ok

AP. DIGESTIVO Em jejum

ESTADOMENTAL óptimo

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO -

DOSE/HORA - benzodiazepínicos + fentanyl

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura da clavicula (D)

CIRURGIA REALIZADA Fto cirúrgico da fratura da clavícula (D)

CIRURGIÃO Dr:

AUXILIARES Dr:

INÍCIO DA ANESTESIA 09:00h

TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00h

DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

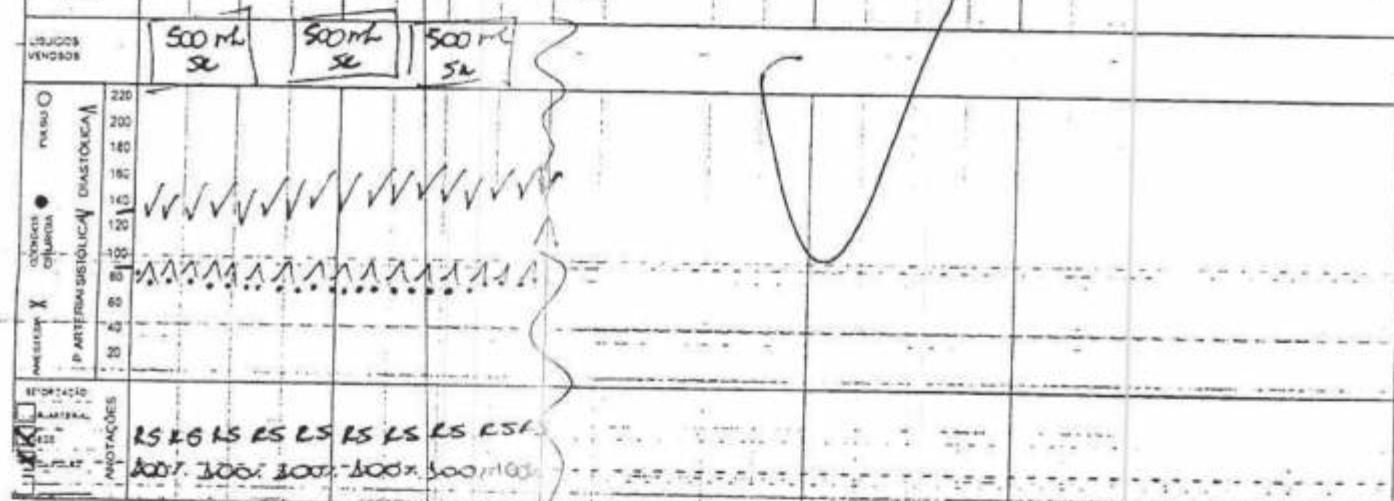
VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Gilvandro Lins PP

CRM-PB 16685

ASSENTORES 09:00h + desparasitaria (n)

U3 N2U 10:00h 11:00h



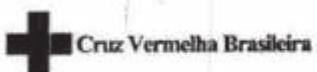
<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIOS	<input type="checkbox"/> BLOCOS NEURO	<input type="checkbox"/> OUTROS
LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLUCOSE		1 NOVA Bupi 1L Vaso 11 estomagado 100mg EV			
RINGER		2 lidocaina 2L EVMS 12 Bloquio 13			
TOTAL		3 Propofol 150mg 14			
DESTINO DO PACIENTE		4 fentanyl 200mcg 15 Indutiva 16			
<input type="checkbox"/> APT		5 oximonia 5ml 17			
<input type="checkbox"/> UTI		6 Rocuronio 50mg 18			
<input type="checkbox"/> OUTROS		7 etofacaina 2gr 19			
UKPA		8 endovenosa 100mg 20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		9 Dexometasona 10mg			
		10 Dipiramida 2gr			

TÉCNICA: Paciente mantido na ameaça à venóscisa com gelco do emasejado. Atropina / Antinepsia da regrátil cervical anterior p/ Bloqueio de flecos Brachial com ag. n.º 850 + neuroestimulador janela interescapular combinado com pré oxigenação com fioz 100%. Fioz para oxigênio com Ior (n.º 8), conectado a um do aparelho de anestesia e mantendo com sedativo. Efeito Satisfatório.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (ING) ASCR 026-1

Gilvandro Lins - 6685  
Gilvandro Lins - 6685



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Documento de Alta

<b>Nome:</b> LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA			<b>Número Frontuário:</b> 105769
<b>Data de</b> 09/01/1999	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 03/12/2017 09:20:56	<b>Data de Alta:</b> 07/12/2017 12:01:43
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> RAFI CLAVÍCULA			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, EM BOM ESTADO GERAL.			
<b>Resultado de Exames:</b>			
<b>Tratamento:</b> RAFI CLAVÍCULA			
<b>Diagnóstico:</b> S42.0 - Fratura da clavícula			
<b>Recomendações:</b> REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS			

Dr. Gustavo Farias Mendonça  
Ortopedista / Dr. Quadril  
CRM: 6786-PB

GUSTAVO FARIA MENDONÇA  
CRM: 6786 - PB

Data: 07/12/2017



HEMOBA  
HEMOCENTRO DA PARAÍBA

Crédito de Sanguine

Atestamos, com agradecimentos, que  
o Sr.(a) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR - 010167124  
doou sangue, ac(a)  
na data de 05/12/2017

HEMOCENTRO DA PARAÍBA

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em:05/12/2017  
  
Ednalya G. G. Albuquerque  
Enfermeira  
COREN-PB 233.268

Responsável

Atestamos, com agradecimentos, que  
o Sr.(a) LUIZ ALBERTO SILVA DE SENNA - 010077178  
doou sangue, ac(a)  
na data de 05/12/2017

HEMOCENTRO DA PARAÍBA

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em:05/12/2017

Fernanda L. Mendonça  
Aux. Enfermagem  
COREN 1060081  
Luispe et  
Responsável

Em:05/12/2017

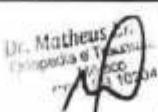


## Requisição de Exames



### REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE – PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE:				IDADE:		DATA:
<i>Luis Eduardo Sustino Frama</i>						<i>18/01/17</i>
SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
DADOS CLÍNICOS:						
MATERIAL A EXAMINAR:						
EXAMES SOLICITADOS: <i>Rx de ombro @ AP</i>						
  Carimbo e Assinatura do Médico						

F(NG).LAB.007-1

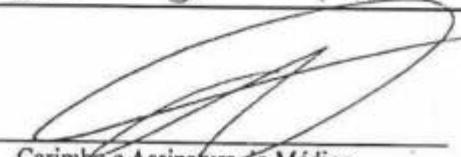


## Requisição de Exames



### REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE – PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE:				IDADE:		DATA:
<i>Luis EDUARDO S. Frama</i>						
SEXO:	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
DADOS CLÍNICOS:						
MATERIAL A EXAMINAR:						
EXAMES SOLICITADOS: <i>Rx CLAVICULA D AP</i>						
 Carimbo e Assinatura do Médico						

F(NG).LAB.007-1

09/01/99



CROZ VERMELHA  
BRASILEIRA  
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



**CARTÃO DE RETORNO**

PACIENTE: luis Eduardo  
Justino França

DATA DO ATENDIMENTO:   /  /  

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: ortopedia

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3221.0369

F(NG).APC.035-I

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
19/11/18	Dr. Timoço	12:00	
18/11/18	Dr Edison	12:00	C
08/12/18	Edison	12h	C

F(NG).APC.035-1



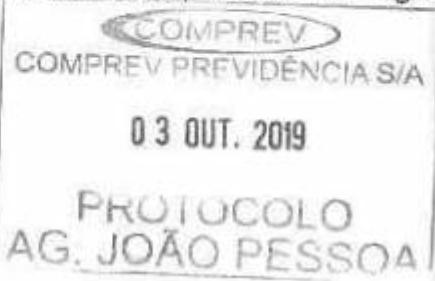
## CERTIDÃO

Nº. 0393/2019

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO 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 Nº177610 e prontuário nº 2018.10.4573 pertencente a **Luis EDUARDO JUSTINO FRANÇA** que foi atendido dia 30/10/2018 às 20h45min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos do carpo esquerdo. Procedimento cirúrgico dia 01/11/2018 e alta médica dia 14/11/2018.

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



João Pessoa, 29 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

*Rosangela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Luci Evans	Data da Admissão:	30/10/13
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F( ) M( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:			Data de Nascimento
QPD:	Dr em Puro e na 01m		
HDA:	Pôr vítima do DPOO de motorizado com 27 s mõ o puso (B)		
Medicações em uso:			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
Geral:	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Pele:			
Cabeça e Pescoço:	<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____		
AR e ACV:	<input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____		
ABD:	<input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume		
AGU:	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____		
SME:	<input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos		
SN e PSQ:	<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor		

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Fc lento vs obs vs rra ó*Conduta: *1 mês - PI 500 cmr**5m. PI 700 cmr - 1 anno - Dr. Charles Farias*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Luis Edmundo Soárez Fraga			Registro:			
Idade:	19	Sexo:	M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	03/10/08	Cirurgião:	Dr. T. Soárez			1º Assistente:	
2º Assistente:				3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:				Tipo Anestesia:	Horário: I: T:		

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fistula - Lesão fravorecooperativa	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O raios	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Ressecção mucosa na rectal	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 ( ) Sim 2 (x) Não	

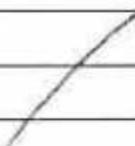
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:  
1 (x) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. sit em S/pe nos sedas-

### Incisão:



### Achados:

2. No radio = Fratura Raiz de trânsito - luxo com  
quebra de esp.

### Conduta:

3. Fazendo repositionamento do osso de encontro  
{ Suas bordas  
{ De centro  
{ Reparem grande fricção definida

### Fechamento:



### OBS:

Dr. Thelio Vanomark  
Branchedi / Cirurgia da Mão  
CRM-PB 252 / TECOT 14840

MÉDICO/CRM

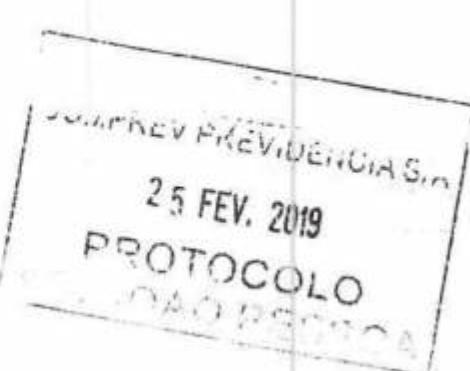
Data: 01/01/18



www.EasyEngineering.net

25 FEB. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



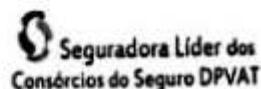


COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348524/19

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

CPF: 116.832.424-67

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2018

Titular do CPF: LUIS EDUARDO JUSTINO

FRANCA

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99**

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

**LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

Recado de Adailson 3190572303

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

CPF: 007.854.364-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Luis Eduardo Justino França,  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Lojista Nº DO RG: 4.047.444  
ORGÃO EMISSOR: SSD5/PB DATA DE EMISSÃO: 20/06/17  
Nº DO CPF: 316.832.424-67 ENDEREÇO: Parque Selon  
du Brumana, n° 205, apto 104, Bl. B, Centro, João Pessoa - PB,  
cep 58033-131

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luis Eduardo Justino França, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Luxador - PB, 30 de Agosto 2018.

Luis Eduardo França  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registrário  
1º Ofício de Notas e Privativo do Registro Imobiliário  
Rua Adelar Preto, 05 - Centro - CEP 58010-000 - Cabedelo - PB  
Fone: 73 3222-1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
Luis EDUARDO JUSTINO FRANÇA  
En test da verdade, Cabedelo-PB 30/08/2018 16:19:38  
Roberto Regis de Melo Andrade - Substituto  
[2018-009061]ENCL:R\$ 49,48 FABPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ANK63885-FD81  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

25 FEV. 2019  
PROTÓCOLO  
DE PEGAR

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Juís Eduardo Justino França  
 NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
 PROFISSÃO: Leixa Nº DO RG: 4.047.444  
 ORGÃO EMISSOR: SSD/ PB DATA DE EMISSÃO: 20/06/17  
 Nº DO CPF: 116.832.424-67 ENDEREÇO: Poço Selvagem  
di Juana, n° 205, apto 104, Bl. B, Centro, João Pessoa-PB,  
cep 58013-131

**COMPREV**  
**COMPRESA PREVIDÊNCIA S/A**

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
 ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
 Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
 CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

03 OUT. 2019

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Juís Eduardo Justino França, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Liberdade - PB, 30 de Agosto 2018.

Juís Eduardo Justino França  
 Outorgante

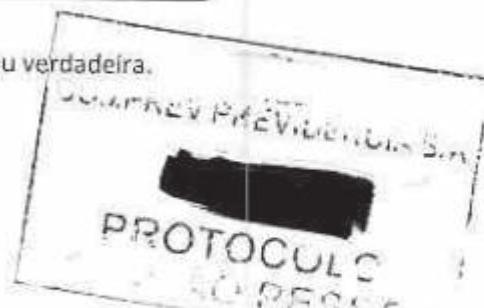
OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registrário

1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário

Rua Antônio Melo Andrade, 32 - Centro - CEP 58010-301 - Cabedelo - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
 JUÍS EDUARDO JUSTINO FRANÇA  
 Juís Eduardo Justino França  
 Em testada verdade. Cabedelo - PB 30/08/2018 16:19:58  
 Roberto Rego de Melo Andrade - Substituto  
 [2018-009061]ENOL-BR 49,48 FAPENINA 0,29 FEPJ-R\$ 1,90 ISS-R\$ 0,47  
 SELO DIGITAL: AFM63885-F081  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344007/19

**Vítima:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**CPF:** 116.832.424-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/10/2018

**Titular do CPF:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

### LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348524/19

**Vítima:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**CPF:** 116.832.424-67

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/10/2018

**Titular do CPF:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

### LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



# 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:

CPF da vítima:

116.832.424-67

Nome completo da vítima:

Luis Eduardo Justino Fracca

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Luis Eduardo Justino Fracca

CPF: 116.832.424-67

Profissão:

Recepcionista

Endereço:

PR. 50m da Praia

Número: 205 Complemento: BLB APJ04

Bairro:

Centro

Cidade:

João Pessoa

Estado: PB

CEP: 5800000

E-mail:

ccf.adv@outlook.com

Tel.(DDD): 83-98849 5530

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

RENDIMENTO:

 REUSSO 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 CADASTRAIS

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6210

CONTA: 60070

9

(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}:

 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.

Peço 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## 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: João Pessoa - PB 29/10/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)  
Adriana Luisa da Silveira  
Luisinho Mota

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS  
OMPREV  
OMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Nome: CPF:

Assinatura

2º | Nome: PROTOCOLO  
EPP  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

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, 10 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572303**

**Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

**Data do Acidente: 30/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

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

**Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

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, 29 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572303**

**Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

**Data do Acidente: 30/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190572303

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Data do Acidente: 30/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 341

Agência: 000008210

Conta: 0000060070-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	316.832.424-67	Jair Eduardo Justino Fracca	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR USEP N° 445/2012

Nome completo:		CPF:
Profissão:	Endereço:	316.832.424-67
Bairro:	Cidade:	Número: 205 Complemento: Apt 104/BL-B
E-mail:		CEP: 58013-131
		Tel.(DDD): 83-98819-5530

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

RENDIMENTO MENSAL:

<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 OPCIÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Itaú	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/> 0372	CONTA: <input type="text"/> 36520	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0372	CONTA: <input type="text"/> 36520
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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):

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

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

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

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: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nasceu (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 áqueles 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: Jair Eduardo - PB, 25 de Fevereiro de 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura de quem assina o RODO: Jair Eduardo Justino Fracca  
(\*) Assinatura de quem assina o RODO

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

25 FEV. 2019

PROTOCOLO

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jair Eduardo Justino Fracca  
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)  
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, à SEU RODO, 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.



# GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 46/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:**

**COMUNICANTE:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB PROFISSÃO: CAIXA DATA DE NASCIMENTO: 09/01/1999 IDADE: 19 ANOS RG: 4.047.444 SSDS/PB CPF: 116.832.424-67 FILIAÇÃO: JOSUÉ LUCENA DE FRANÇA E MARIA DO SOCORRO JUSTINO ENDEREÇO: PARQUE SOLÓN DE LUCENA, Nº. 205, APTO 104, BLOCO B, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013-131 TELEFONE: 83-99633-9418 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO COR DA PELE: MORENO DIA DO OCORRIDO: 03/12/2017 LOCAL DO FATO: PRAIA DO POÇO, CABEDELO-PB

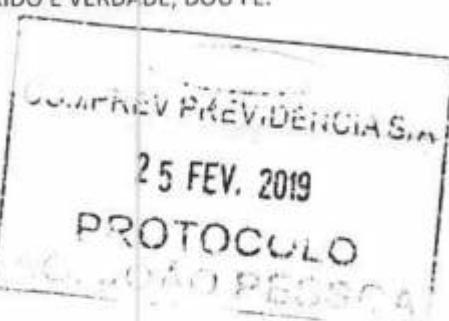
**HISTÓRICO:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA AFIRMA QUE NO DIA 03/12/2017 POR VOLTA DAS 04:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN, DE PLACA MOU-6347/PB, CHASSI Nº. 9C2JC30708R102618, DE SUA PROPRIEDADE PELA PRAIA DO POÇO, NAS PROXIMIDADES DA FÁBRICA PÓ PRETO, NA CIDADE DE CABEDELO-PB, ESTAVA ESCURO E NÃO HAVIA ILUMINAÇÃO NO LOCAL, AO PASSAR POR CIMA DE UM BURACO NA ESTRADA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 05:37H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA CID 10 S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DR JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM: 2329/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante: X Luis Eduardo Justino França

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018

*Vanildo Wanderley Lins Filho*  
Agente de Investigação - Polícia Civil  
Matrícula 156.268-1





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7º Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 110/2018

**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA  
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

**COMUNICANTE:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB PROFISSÃO: CAIXA DATA DE NASCIMENTO: 09/01/1999 IDADE: 19 ANOS RG: 4.047.444 SSDS/PB CPF: 116.832.424-67 FILIAÇÃO: JOSUÉ LUCENA DE FRANÇA E MARIA DO SOCORRO JUSTINO ENDEREÇO: PARQUE SOLÓN DE LUCENA, Nº. 205, APTO 104, BLOCO B, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013-131 TELEFONE: 83-99633-9418 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO COR DA PELE: MORENO DIA DO OCORRIDO: 30/10/2018 LOCAL DO FATO: BAIRRO DO CABO BRANCO, JOÃO PESSOA-PB

**NARRATIVA:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA AFIRMA QUE NO DIA 30/10/2018 POR VOLTA DAS 19:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, DE PLACA QSB-2056/PB, ANO DE FABRICAÇÃO 2018, DE COR PRETA, DE SUA PROPRIEDADE PELO BAIRRO DO CABO BRANCO, NAS PROXIMIDADES DA MATA, MAIS PRECISAMENTE ATRÁS DO HOTEL IBIS, MOMENTO EM QUE FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NA OUTRA FAIXA E NO MOMENTO ESTE ATROPELOU UM ANIMAL QUE ATRAVESSAVA A PISTA, EM CONSEQUÊNCIA VEIO ATINGIR O NOTICIANTE, FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E COLIDISSE CONTRA OUTRO VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA AVENIDA, CHEGANDO O NOTICIANTE CAPOTAR SUA MOTOCICLETA. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA - TRAUMINHA, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 20:45 H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, **CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA.** POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: Luis Eduardo França

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 156.258-1

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 OUT. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Cabedelo-PB, 23 de novembro de 2018



# 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	336-832-424-67	Luis Eduardo Justino Fracca		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012				
Nome completo:			CPF:	336-832-424-67
Profissão:	Endereço:	Número:		Complemento:
Rachador	PRa. 510m da Juazeiro	205		BLB Apto 104
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	5800000
Centro	José Pessoa	PB		
Email:	Tel.(DDO): 83-98849 5530			
ccf.advs@gmail.com				

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

**RENDA MENSAL:**

<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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Itaú
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: 0372
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: _____	CONTA: 365 20 5
(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**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data da óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
			Vivos:	nascituro (vai nascer)?		Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
			Falecidos:			pais/avós vivos?		

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Imprensa E-mail Site ou outro endereço de identificação	Local e Data: José Pessoa - PB, 03/10/19
Nome: _____	TESTEMUNHAS: <b>EV PREV</b>
CPF: _____	01 Nome: EV PREVIDÊNCIA S/A CPF: _____

[\*] Assinatura de quem assina o RODO

**Luis Eduardo J. Fracca**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Abelton Luiz da Queiros**  
Assinatura do Provedor (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Provedor (se houver)

TESTEMUNHAS: <b>EV PREV</b>
01 Nome: EV PREVIDÊNCIA S/A CPF: _____
03 OUT. 2019
Assinatura
2º Nome: <b>PROTÓCOLO</b>
APG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



Banco Itaú S/A

DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO  
ANÚ 341 LTR 000001 23/02/2019 09.45.2

MENSA: € 72 C/TA CORRENTE: 36539-5  
\$ 10,00  
BIS - XANCF  
CAIXA ELETRONICO 154078214-JPLSP50

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE  
EXPIRANTE BENEFICIO +5100 SUJEITO A  
RETIRADA SOMENTE NO DECORRE DO PROXIMO DIA  
SEGUINTE. DEPOSITOS REALIZADOS APÓS SABADOS  
DINHOS E FERIADOS SAB E FERIADOS NO DECORRE  
DO PROXIMO DIA SEGUINTE.

1. HOMER LIEUTENANT NO ENVELOPE, SERÁ TAMBÉM  
VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO  
PERMANECERÁ POR 08 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI  
APÓSTADO, PARA COMPROVAÇÃO. NESTES DIAS  
SÓ PRA REGISTRO, O VALOR INFORMADO FICARÁ  
LIGADO. SE FOR ENCONTRADO E ESTORNADO NO EXTRATO

mprev  
COMERCIAL DE PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rotulo para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - Nº 019.692.429



UTE PARANÁ-PIRATUBA  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 06.095.163 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

EDSON E SILVA JUNIOR  
PRQ SOLON DE LUCENA 205 BL B AP104  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/276670-7

## REFERÊNCIA

## APRESENTAÇÃO

## CONSUMO

## VENCIMENTO

## TOTAL A PAGAR

FEV/2019

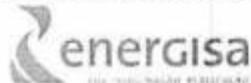
08/02/2019

143

15/02/2019

R\$ 126,07

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

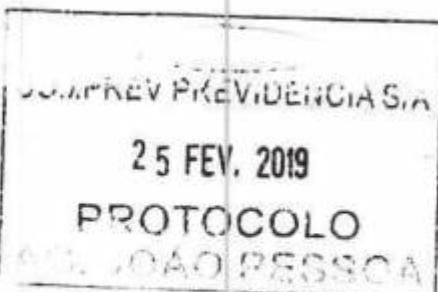


EDSON E SILVA JUNIOR

Roteiro: 06-001-068-2180

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/02/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/02/2019	R\$ 126,07	276670-2019-02-1



**CAIXA**

A vida pede mais que um banco



FIC BECHER RE P18 DATA DE POSTAGEM: 08/01/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



202327534807 7403473086119

THE PICTURE BOOK

25 FEV. 2019

**PROTOCOLO**

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Este é o seu boleto para pagamento.  
Por favor, apresente-o ao seu fornecedor.

Nº 029.545.611



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 38.095.183 / 0001-40 Insc Est. 16.012.323-0

## DADOS DO CLIENTE

EDSON E SILVA JUNIOR  
PRO SOLON DE LUCENA 205 BL 3 AP104  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/276670-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	16/08/2019	117	23/08/2019	R\$ 107,25

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

PÁGAR PREFERENCIALMENTE NO

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/08/2019

Pagador: EDSON E SILVA JUNIOR CNPJ/CPF: 840.962.844-91

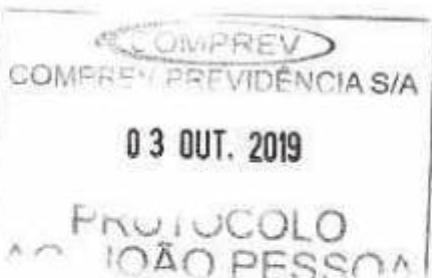
PRO SOLON DE LUCENA 205 BL B AP104 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000149706	000276670201908	23/08/2019	R\$ 107,25	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25. S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA