

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Justino Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luís Eduardo Justino Franco inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.832.424 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Luís Eduardo Justino Franco inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.832.424 / 67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

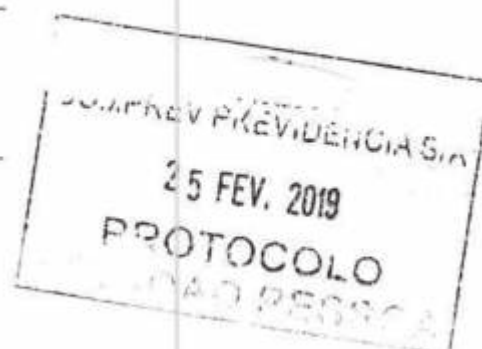
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Avonida Getulio</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>cc.p.adm@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3506.1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98844-5530</u>	

João Pessoa, 25 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Justino Neto
Assinatura do Declarante



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Eduardo Jurema Jurema inscrito
(a) no CPF sob o Nº 446.832.424 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima
João Eduardo Jurema Jurema, inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.832.424 / 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>Av. Amida Letramentos</u>	Número	<u>112</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58013-430</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>
E-mail	<u>cc.f.achado@gmail.com</u>				

João Pessoa-PB 01 de Outubro de 2019
Local e Data

Adilson Luiz de Queiroz Coutinho 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:

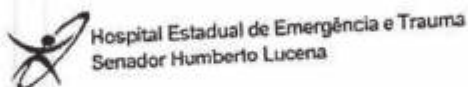
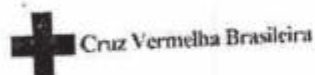
Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita.

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

PREVIDÊNCIA S/A
25 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA	BAE 1045933	Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52	Data Baixa
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18	CNS 700102997863116	Telefone de Contato (83) 996339418
Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO	Sexo Masculino		Pontuário
Endereço GOLFO DE WASH, SN	Bairro INTERMARES	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	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
OMEPAZOL 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

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

GOV. PREVIDENCIA S.M.
25 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Dr. Victor Linhares
CRM 8.34-RN
CRM 10894-PB
VICTOR LINHARES LUGUINHO
(10894/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



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 LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA	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
Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO			Telefone de Contato (83) 996339418
Endereço GOLFO DE WASH, SN	Bairro INTERMARES	Município CABEDELO	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO	UF PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55	Nº Cons. Regional 10894/PB
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

MOGRAMA

COAGULOGAMA COMPLETO

SID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8120
CRM 10894/PE

VICTOR LINHARES LUGUINHO
(: 10894/PE)

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA



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. Quadril
CRM: 6786 - PB

GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
CRM: 6786 - PB

Data: 07/12/2017



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5803-090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA		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 MARIA DO SOCORRO JUSTINO				Prontuário
Endereço GOLFO DE WASH, SN		Bairro INTERMARES	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA		Nº Cons. Regional 10190/PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 05:42:52		Senha
Convênio SUS		Nº Matricula		

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: ESCORIAÇÕES 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
(: 98190/PB)

22/12/2017

- TiMed



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1045933



Identificação do paciente				Sexo Masculino
ID 1236687	Nome LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA		Estado civil	Religião
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18 anos 11 meses 13 dias	Prontuário 105769		
Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO	Pai JOSUE LUCENA DE FRANCA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Fixo		Fone Fixo	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996339418	Nº Cns 700102997863118		
Tipo documento	Número documento	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Local de procedência CABELO	CBO/R			
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE			
Endereço				
CEP 58102128	Município de residência CABELO	UF PB	Logradouro GOLFO DE WASH	
Número SN	Complemento	Bairro INTERMARES		
Admissão				
Data e Hora 03/12/2017 05:37:52	Número da pulseira 1000006289699	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		Origem do paciente RUA	
Classificação de risco	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
				ECG []
				Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO				Tempo 28seg

Imprimir



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

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

Número:

Prontuário: 1045933

Data: / /

Paciente: Dr. Eduardo Justino Franco

Data: 05 / 12 / 17

Procedimento: Tratamento Cirúrgico de fratura de clavícula

Caixa Pronta: 8

SUS: () Não SUS ()

Médico: Dr. José Henrique da Silva

DISPENSACÃO - CMTE				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TM Carvinger	Placa de Reconstrução ovalada de osso	01		
TM Carvinger	Parafuso Cortante (6x3/5)	04		
TM Carvinger	Nº 14	02		
Artimix	Fio de Kirschman Nº 20 19 guia	01		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
Pramedical	Agulha p/ bloqueio de placa A-50	01	

Assinatura do Médico - CRM

Flávio Henrique da Silva
ASSINATURA ENFERMAGEM - CUREN 12217

Flávio Henrique da Silva 385594
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 - Placa de Reconstrução óssea de osso.
Im Ginecologia - Gr. 3.5
Parafusos Corticais
nº 14 - 04 unidades
nº 16 - 02 unidades

Autossintese

01 - fio de Kirschner
nº 20 p/ guia.

Prostético

01 - Agulha p/ bloqueio
de pleco A-50.

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Luís Eduardo F. Fumaça BE/Prontuário: 1045933
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/12/14
Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Dist. cirúrgico de próstata de glândula direita
Cirurgião: Dr. João F. Fumaça 1º Assistente: Dr. Orlando
2º Assistente: Dra. Jéssyka (R2) 3º Assistente: _____
Instrumentador: Wellington Anestesista: Dr. Gilmarino
Tipo de Anestesia: bloqueio regional + geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Prostata Glândula Direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção aberta</u>	
<u>Enxerto interna</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dra. Jéssyka Emilia F. Rabêc
CRM: _____

João Pessoa, 05/12/14

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo: Intubação orotraqueal Paciente em decúbito dorsal em cadeira de praia de 30° Cefalotórax + antebraço de lado G MSN Gesso de Campos Pirâmides Iliacas</p> <p>Incisão: Via de acesso em haste em ombro direito Incisão de guilhotina e drenagem por planos anatômicos Curatela de hemostasia</p> <p>Achados: Fratura multifragmentada de topo médio de clavícula direita</p> <p>Condução: Redução de fratura Preparo de auto da placa Fixação da placa + pre-furação com furo K Fixação definitiva com placa de Neumühle de 8 furos + parafusos corticais Redução de furo K Drenagem externa com SFO.91 Curatela de hemostasia</p> <p>Fechamento: Sutura por planos anatômicos Curativo local</p> <p>Observação: Radiografia controlada</p>

Dr. Heryka Brito F. Ribeiro
CRM 10.000

João Pessoa, 05/12/11

Médico/CRM: _____



Nota de Sala Cirúrgica

Nº 1781

NOME DO PACIENTE: Luis Eduardo Justino Franco	
IDADE: 42	BE 1015933 PRONTUÁRIO
ENTERMANIA	
LEITO	
CIRURGIÃO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Clavícula	
CIRURGIÃO: Dr. José Joaquim + Dr. Jony Kz	
ANESTESIA: Bloqueio de plexo + Geral	
ANESTESISTA: Dr. Gilson	
INSTRUMENTADOR: Wilkinson - Ana Paula	
DATA: 05.12.17	
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 09:00 FIM 11:00 CIRURGIÃO INÍCIO 09:30 FIM 10:40	
ÍNDICE DE RISCO DE CIPUGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	
ORAL DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	
ALFENTANIL	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	QTD.
BUPIVACAÍNA PESADA	QTD.
CETAMINA	QTD.
DROPERIDOL	QTD.
MIDATO	QTD.
FENOBARBITAL	QTD.
FENTANIL	QTD.
FLUMAZENIL	QTD.
ISOFLURANO	QTD.
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO	QTD.
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	QTD.
LIDOCAÍNA C/ VASO	QTD.
LIDOCAÍNA S/ VASO	QTD.
MIDAZOLAM	QTD.
MORFINA	QTD.
NIMBÍUM	QTD.
PANCRURÔNIO	QTD.
PETIDINA	QTD.
PROPOFOL	QTD.
RAMIFENTANIL	QTD.
ROCURÔNIO	QTD.
SEVOFLURANO	QTD.
SUXAMETÔNIO	QTD.
TIOPENTAL	QTD.
MEDICAÇÕES	
ADRENALINA	QTD.
ÁGUA DESTILADA	QTD.
ATROPINA	QTD.
BEXTRA	QTD.
CEFAZOLINA	QTD.
CLOMEXASONA	QTD.
CLORONA SÓDICA	QTD.
EFEDRINA	QTD.
FUROSEMIDA	QTD.
GLICOSE 50%	QTD.
GLUCONATO DE CÁLCIO	QTD.
HIDROCORTISONA	QTD.
LIDOCAÍNA GELÉIA	QTD.
ONDASENTRONA	QTD.
PLASIL	QTD.
PROSTROMINE	QTD.
PROTAMINA	QTD.
TENOXICAN	QTD.
Nicotinoma	QTD.
MATERIAIS CONT.	
JELCO Nº18	QTD.
JELCO Nº20	QTD.
JELCO Nº22	QTD.
JELCO Nº24	QTD.
KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	QTD.
LÂMINA BISTURI Nº11	QTD.
LÂMINA BISTURI Nº13	QTD.
LÂMINA BISTURI Nº23	QTD.
LÂMINA BISTURI Nº24	QTD.
LÂMINA DE DERMATOMO	QTD.
LÂMINA DE ENXERTO	QTD.
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	QTD.
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	QTD.
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	QTD.
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	QTD.
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	QTD.
MÁSCARA CIRÚRGICA	QTD.
MULTIVIAS	QTD.
PERFORADOR DE SORO	QTD.
SCALP Nº19	QTD.
SCALP Nº21	QTD.
SERINGA 3ML	QTD.
SERINGA 5ML	QTD.
SERINGA 10ML	QTD.
SERINGA 20ML	QTD.
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	QTD.
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	QTD.
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	QTD.
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	QTD.
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	QTD.
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	QTD.
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	QTD.
SONDA NASOG. CURTA	QTD.
SONDA NASOG. LONGA	QTD.
SONDA URETRAL Nº	QTD.
TORNEIRINHA	QTD.
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	QTD.
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	QTD.
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	QTD.
TUBO SILICONE (LATEX)	QTD.
FIOS	
FIO ALGODÃO S/A Nº	QTD.
FIO ALGODÃO S/A Nº	QTD.
FIO ALGODÃO C/A Nº	QTD.
FIO ALGODÃO C/A Nº	QTD.
EQUIPAMENTOS	
ASPIRADOR	QTD.
BISTURI ELÉTRICO	QTD.
CAPNÓGRAFO	QTD.
ECG MONITOR	QTD.
DESFIBRILADOR	QTD.
FOCO AUXILIAR	QTD.
FOCO CENTRAL	QTD.
MICROSCÓPIO	QTD.
OXÍMETRO DE PULSO	QTD.
PA INVASIVA NÃO INVASIVA	QTD.
PERFORADOR ELÉTRICO	QTD.
SERRA	QTD.
CIRCULANTE	QTD.

Flaviano Gison - 3855571

FONGI ASCIR.011-3



UNIV. VERMELHA
FAC. DE MED.

FICHA DE ANESTESIA

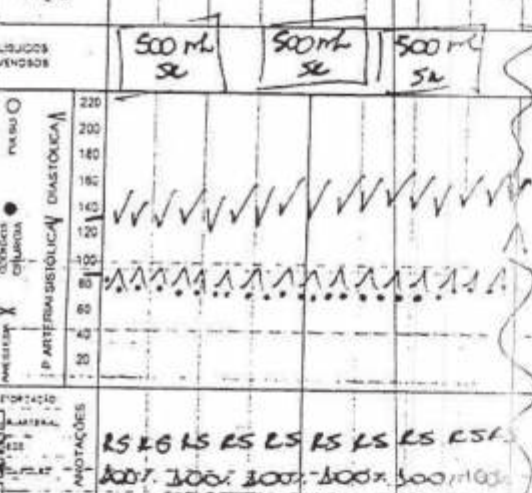
DATA: 05/12/17

PRONTUÁRIO: 1045933

13174

PACIENTE: Luis Eduardo Justino	SEXO: M	COR: B	IDADE: 18 anos
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80	PULSO: 78	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA: PESO
GRUPO SANGÜÍNEO	ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES: Ver prontuário - visto - nega alergias	AP. RESPIRATÓRIO: mvt em ambos hmit	AP. CIRCULATÓRIO: OK	
AP. DIGESTIVO: Em jejum	ESTADO MENTAL: Orientado	DROGAS EM USO: -	
PRÉ-ANESTÉSICO: Demônio + fentanil			ESTADO FÍSICO (ASA): II
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de clavícula (D)			
CIRURGIA REALIZADA: 1to cirúrgico de fratura de 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 PF	CRM-PB: 6685		

AGENTES: 09:00h + Dr. Patrícia (M)
U₁ 10:00h
N₂ U 11:00h



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☒ BLOCO NERVO ☐ OUTROS ☐

LÍQUIDOS	Medicamentos e materiais usados no ato anestésico
GLICOSE	1 NOVA Bupiv. 0,5% 11 etopirizina 100mg E1
NaCl	2 Lidocaína 2% 150ml 12 Bupiv. 0,5% 100ml E1
SANGUE	3 Propofol 150mg 13
ROGER	4 fentanil 200mcg 14
TOTAL	5 Demônio 5mg 15
DESTINO DO PACIENTE	6 Rocuronio 50mg 16
<input type="checkbox"/> ART <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7 cetarolol 10mg 17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8 propofol 150mg 18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: UKPA	9 Dexametasona 10mg 19
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10 Dipiridam 200mg 20

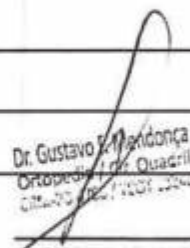
Técnica: Paciente mantido em decúbito lateral com membro a ser operado em mesa flutuante. Anestesia / Antiestesia da região cervical anterior por Bloqueio de plexo Braquial com ag. n.º 150 + neuroestimulação por via intracutânea combinado com pré oxig. máx com fioz. A 100% feito por oxigênio com 100% (n.º 8) conectado à via do aparelho de anestesia e mantido com sedação. Efeito satisfatório.

GILVANDRO LINS - 6685
Gilvandro Lins. E188

F 001 AS CIR 026.1

Documento de Alta

Nome: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA			Número Frontuário: 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: S42.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS			



Dr. Gustavo Farias Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 67863 - PB

Data: 07/12/2017

GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
CRM: 67863 - PB



HEMOBA
HEMOCENTRO DA PARAIBA

Crédito de Sangue

Aleamos, com agradecimentos, que
o Sr.(a) LUIZ ALBERTO SILVA DE SENA - 010077178
doou sangue, ao(a) HEMOCENTRO DA PARAIBA
na data de 05/12/2017

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em:05/12/2017

Fernanda L. Mendonça
Aux. Enfermagem
COREN 106081

Responsável

Av. D. Pedro II, 1119 - Torre

João Pessoa

Doação : 0125171205096



HEMOBA
HEMOCENTRO DA PARAIBA

Crédito de Sangue

Aleamos, com agradecimentos, que
o Sr.(a) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR - 010157124
doou sangue, ao(a) HEMOCENTRO DA PARAIBA
na data de 05/12/2017

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em:05/12/2017

Ednalva G. G. Albuquerque
Enfermeira
COREN-PB 233.268

Responsável



Av. D. Pedro II, 1119 - Torre

João Pessoa

Doação : 0125171205096

REQUISIÇÃO DE EXAMES


Nº BE - PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Luís Eduardo Sostino Franca			IDADE:		DATA: 18/01/17
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: Rx de ombro @ AP					
<div style="text-align: center;">   </div> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>					

F(NG).LAB.007-1

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: LUIS EDUARDO S. FRANCA			IDADE:		DATA:
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: Rx CLAVICULA D AP					
<div style="text-align: center;">  </div> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>					

F(NG).LAB.007-1

09/01/99



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Guim 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.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
14/12	Dr. Timoco	12:00	
18/01/18	Dr. Edson onbplu	12:00	
08/02/18	EDSON	12h	

F(NG).APC.035-1

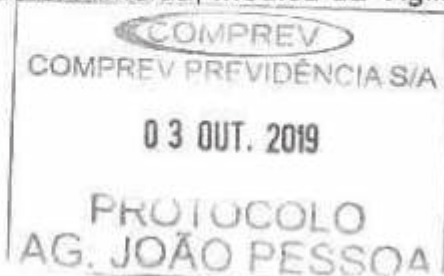
CERTIDÃO

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 do osso do carpo esquerdo. Procedimento cirúrgico dia 01/11/2018 e alta médica dia 14/11/2018.

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



João Pessoa, 29 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Luiz Eduardo Nogueira Data da Admissão: 30/10/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Do em Puro 5 Ha 01m

HDA: 1.5 VITIMA X QUAIS MOTIVACÃO COM
27 5- NÃO O PRIMO 5

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e 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-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] 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: *F = Lúpus no Ovario no 1º e 2º*

Conduta:

*1. Insulina 81 500 un
2. 81 1000 un - 1 unid.**Dr. Thales Farias
Médico
CRM: 10.179*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

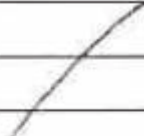
Nome: <u>Luís Eduardo Soares Franco</u>				Registro:	
Idade: <u>19</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>03/11/88</u>	Cirurgião: <u>Dr. Tiberio</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Enterocolite tifoide</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>Ressecção ileocecal</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim					
2 (✓) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim					
2 (✓) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pac. em D.A. sob sedação

Incisão:



Achados:

2. No campo = Fratura lateral transito-transverso
da tíbia exp.

Conduta:

3. Redução imediata e fixação de urgência

1. Imobilizar

2. Redução

3. A redução é feita com a tíbia deformada

Fechamento:

OBS:

Data: 01/11/18

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM-700252 / TEOT 14840

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CENTRAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-004



Luis Eduardo J. França



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.047.444 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 20/06/2017

NOME LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA

FILIAÇÃO JOSUÉ LUCENA DE FRANÇA MARIA DO SOCORRO JUSTINO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 09/01/1999

DOC ORIGEM CERT. NASC Nº113255 - LIV A97 - FL 272 - CARTORIO 1º CAMPINA GRANDE-PB

CPF 118.832.424-67

Gratificação: 1000,00

Marcos A. S. Lacerda DIRETOR

Chefe do Núcleo de

149-E CMF COMPRO-DE 29/08/83

A+

COMPREV PREVIDENCIA S.A.

25 FEV. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13331100

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 15 da Lei nº 3.365/94)



ASSINATURA DO TITULAR

Adailson Luiz de Queiroz Coutinho Neto



GAB

ORIENTAÇÕES

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

FILIAÇÃO
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO FILHO
MILZEIDE HENRIQUES QUEIROZ COUTINHO

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.148.027 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
11/03/1988

CPF
007.854.384-05

DATA DE EXERCÍCIO DA FUNÇÃO
01/07/2016

PAULO ANTONIO SILVA E SILVA
PRESIDENTE


22742

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Recadastado 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 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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Luiz Eduardo Justino Franca</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Coixa</u>	Nº DO RG:	<u>4.047.444</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSDS/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>20/06/17</u>
Nº DO CPF:	<u>116.832.424-67</u>	ENDEREÇO:	<u>Parque Solon</u> <u>de Bucuma, n.º 205, Apt. 104, Bl. B, Centro, João Pessoa - PB,</u> <u>Cep 58033-131</u>

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 Luiz Eduardo Justino Franca, 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.

Cabedelo - PB, 30 de Agosto de 2018.

Figueiredo
Dornelas
Soc. Advogados

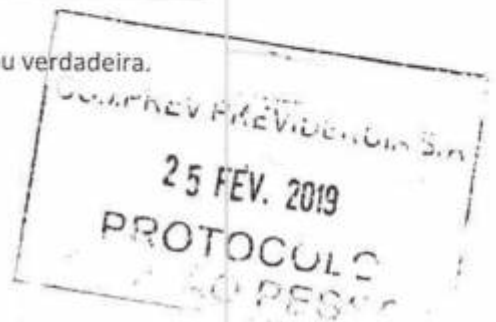
Luiz Eduardo Justino Franca
Outorgante

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



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Rua Ademar Pereira, 95 - Centro - CEP 58011-000 - Cabedelo - PB
Fone (Fax) (81) 3228.1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 30/08/2018 16:19:38
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto
[2018-009061]ENDL:R\$ 89,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: ANK63885-FD81
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Luís Eduardo Justino Franca</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileiro</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteiro</u>
PROFISSÃO:	<u>Coixa</u>	Nº DO RG:	<u>4.047.444</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>SSDS/PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>20/06/17</u>
Nº DO CPF:	<u>116.832.424-67</u>	ENDEREÇO:	<u>Parque Selen</u> <u>de buema, n° 205, Aptº 104, Bl. B, Centro, João Pessoa-PB,</u> <u>cep 58033-131</u>

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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luís Eduardo Justino Franca, 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.

Colêdelo - PB, 30 de Agosto de 2018.

Luís Eduardo Justino Franca
Outorgante

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

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral

1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário

Rua Amador Pessoa, 32 - Centro - CEP 58013-012 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 30/08/2018 16:19:38
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto
[2018-009061]EML:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: 48W63885-FD61
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344007/19

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

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 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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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

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 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:

Luís Eduardo Justino Jr. Jr.

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

Nome completo:

Luís Eduardo Justino Jr. Jr.

CPF:

116.832.424-67

Profissão:

Recebeu-se

Endereço:

Rua Selen de Luana

Número:

205

Complemento:

BLB AP104

Bairro:

Centros

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

5800000

E-mail:

ccf-adv@gmail.com

Tel. (DDD):

83-98849 5530

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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: Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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) ☐ Divorçado ☐ 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 ROGO

Luís Eduardo Justino Jr. Jr.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Robson Luiz de Souza
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º Nome: REV PREVIDÊNCIA S/A

CPF:

Assinatura

2º Nome:

PROTÓCOLO
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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

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



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, retorne 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.

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: 316.832.424-67 Nome completo da vítima: Luiz Eduardo Justino Branco

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

Nome completo: Luiz Eduardo Justino Branco CPF: 316.832.424-67
Profissão: Recusou-se Endereço: Pra. Sem de Luarca Número: 205 Complemento: App 104/31-B
Bairro: Centro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58013-131
E-mail: ccj.eduardo@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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: 0372 CONTA: 36520 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa - PB, 25 de Fevereiro de 2019

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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



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

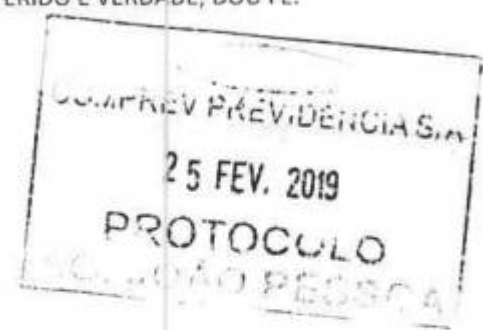
OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

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, CABEDELLO-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 CABEDELLO-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 J. 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
7ª 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:

Luís Eduardo Justino França

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Elaborado por: *Vanildo Wanderley Lins Filho* Policial Civil.

Cabedelo-PB, 23 de novembro de 2018

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

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 Branco

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

Nome completo: Luis Eduardo Justino Branco CPF: 116.832.424-67
Profissão: Roubador Endereço: Rua Sênio de Lencina Número: 205 Complemento: BLB P104
Bairro: Centro Cidade: José Pessoa Estado: PB CEP: 5800000
E-mail: ccj.advs@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849 5530

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA 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: 0372 CONTA: 36520 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: José Pessoa - PB, 01/10/19
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luis Eduardo J. Branco

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver): Rubem Luiz de Queiroz

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

TESTEMUNHAS
1º Nome: EV PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 03 OUT. 2019
Assinatura:
2º Nome: FÁBIO COLO
CPF: ASS. JOÃO PESSOA
Assinatura:



Banco Itaú S/A

ROTULHO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICA
BANCO 341 CTR 600001 23/02/2019 09.05.2

AGENCIA 0272 C/TA CORRENTE 38520-5
R\$ 10,00
UIS -RANEA
ALXA ELETRONICO E 04078210-JPLSP50

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A
EFETIVAÇÃO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS AOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PROXIMO DIA UTIL.

O VALOR INSCRITO NO ENVELOPE, SERA LANCADO
E VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO
PERMANECERA POR 60 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVAÇÃO. NESTES CASOS
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO

PREV
COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

03 OUT. 2019

PROCOLO
JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Roteiro para saques pagando da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 019.892.429



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.093.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
EDSON E SILVA JUNIOR PRO 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



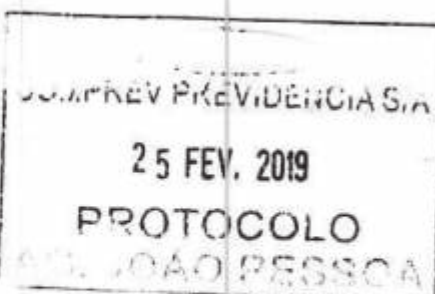
DESTAQUE NOSSO

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



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM 08/01/2019

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



7211307021227634801740634730080119

COMPREV PREVIDENCIA S/A
25 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOAO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Boleto para pagamento

Boleto para pagamento

Nº 029.545.611



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ BR 085.783 / 0001-40 - Inscrição 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDSON E SILVA JUNIOR
PRQ SOLOM DE LUCENA 205 BL B AP104
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/276670-7

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

16/08/2019

CONSUMO

117

VENCIMENTO

23/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 107,25

Acesse: www.energisa.com.br

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO

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

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

PRQ SOLOM 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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 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



CTD RECIFE PERL7 DATA DE POSTAGEM: 00/05/2018

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



000011000



721130703137022462201963530560519

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA