

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 11 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além do nome, endereço, profissão, 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 COAP².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA E RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNO DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Joaquim de Albuquerque G. da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 338.522.514, 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Joaquim de Albuquerque G. da Silva

inscrito (a) no CPF sob o nº 338.522.514, 00 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(33) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COM-REV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
09 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 12 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/bib/LIGTRCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERMEDIÁRIO ANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Joaquim de Albuquerque G. da Silva Inscrito (a) no CPF sob o nº 338.522.514 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Joaquim de Albuquerque G. da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 338.522.514 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Agente Fiscal José G. Duarte Número: 15 Complemento: _____
Bairro: Changabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail: _____ Tel. (DDD): (3) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
09 AGO. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



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	JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/07/62
NOME DA MÃE	SEVERINA DE ALBUQUERQUE DASILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.157.545
DATA DO ATENDIMENTO	22/04/19
HORA DO ATENDIMENTO	13:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referidor com deformidade e limitação de movimentos em perna direita, associada a ferimento corto-contuso. RX evidencia fratura exposta dos ossos da perna direita. Neurovascular normal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de joelho direito
RX de torax
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura dos ossos da perna direita

TRATAMENTO:

Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	22/04/19
DATA DA EMISSÃO:	18/06/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n. PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	1557445	22/04/2019 13:30:40	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
17/07/1962	56a 9m 5d	Masculino	(83) 987039651
Mãe	CNS	Prontuário	
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	708101574109734	52285	
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL JACOME DE BRITO, 45	CRUZ DAS ARMAS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEISIO BRAGANTE DE ARAUJO	3121/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
22/04/2019 13:30:40	22/04/2019 13:46:00		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA(MOTO X CARRO); REFERE DOR NA PERNA DIREITA E NO TORAX A DIREITA.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500.0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10.0 ML VIA E.V., 0/6H

Diluir

DIPYRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100.0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4.0 ML

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4.0 ML

EXAME DE IMAGEM

COMPREV
09 Abr. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	1157545	22/04/2019 13:30:40	
Data do nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
17/07/1962	56a 9m 5d	Masculino	(83) 987039651
Mãe		CNS	Prontuário
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA		708101574189734	52285
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL JACOME DE BRITO, 45	CRUZ DAS ARMAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Ques. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	6902/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/04/2019 13:30:40		22/04/2019 15:20:42	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM PERNA DIREITA ASSOCIADA A FERIMENTO CORTO-CONTUSO. RX FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA NEUROVASCULAR NORMAL

CD: CEFALOTINA 2G EV, TRAMAL, SAT, TALA E AO ORTOTRAUMA PELA ATUAL PACTUAÇÃO

OBS: LIBERADO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

MEDICAÇÃO

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: FRATURA EXPOSTA PERNA)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: ANALGESIA)

Conduta

Em observação

JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM PB 6902 CRM PE 22041
TEC 18041

UNIDADE ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Unidade 22/04/19 15:20
 Usuário: CARLOS

Bolton: 1157545



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	17/07/1962	56a 9m 5d	MASCULINO	1157545	52285	22/04/2019-15:20:42
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Luto		Validade da Prescrição		22/04/2019 15:20:00 - 23/04/2019 15:20:00	
Convênio	Matrícula		Senha			
SUS						
Data de entrada:		Data de internação:		Permanência na		Permanência no
22/04/2019 13:30:40				1h 50min		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G - D(1 / 1) de 1	1000,0	MG	Osteomielite-PRATURA EXPOSTA PERNA	E.V		AGORA	
2 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Osteomielite-ANALGESIA	E.V		AGORA	

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
 CRM: 6902

Receber por
 Dr. Carlos Alberto M. Vieira
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM PB 6902 CRM RJ 22041

Assinatura e Carimbo do Profissional



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	56A 9M 5D	52285
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1157545	22/04/2019 13:30:40	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		QUIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		11min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade	Profissional
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 22/04/2019 13:41:49
TRAUMA	
Parecer	Data de Resposta:

Leônidas Bragança de Araújo
CRM 81331



CERTIDÃO

Nº. 1205/2019

Atendendo solicitação de **JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº223630 e Prontuário Nº 2017.02.0972 pertencentes ao paciente **JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA**, requerente que foi atendido dia 22/04/2019 às 17h30min, de vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/04/2019 e 08/05/2019. Com alta médica dia 15/05/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2019

Médica
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM PB 4516

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA S/N. JARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 223630

Atcd: Mac Regul

Data: 22/04/2019

Hora: 17:30:39

Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PSI

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 14

Nome: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.02.000972

CNS: 708101574189734 Sexo: M IDENTIDADE: 852105 Fone: 87608228

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 17/07/1962 Id: 56 ano(s)

End.: RUA CARDOSO VIEIRA BLOCO I APT 201,000

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA Pai: JOAO GOMES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: REPOSITOR (COMERCIO)

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMA MARIA LUCIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

1 MA EM MID

HEETSRL

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Paciente portador de ac. de n. do, com
quadra de fratura exposta de Ombro do pra D
Se realizou antitoxico no HETSRL.

Diagnostico

CP. Ombro do pra D. Fratura exposta de Ombro do pra D
Se realizou antitoxico no HETSRL.

Prescrição

1. Analgésico (oral) 2. Antibiótico (oral) 3. Analgésico (oral) 4. Antibiótico (oral) 5. Analgésico (oral) 6. Antibiótico (oral) 7. Analgésico (oral) 8. Antibiótico (oral) 9. Analgésico (oral) 10. Antibiótico (oral) 11. Analgésico (oral) 12. Antibiótico (oral) 13. Analgésico (oral) 14. Antibiótico (oral) 15. Analgésico (oral) 16. Antibiótico (oral) 17. Analgésico (oral) 18. Antibiótico (oral) 19. Analgésico (oral) 20. Antibiótico (oral) 21. Analgésico (oral) 22. Antibiótico (oral) 23. Analgésico (oral) 24. Antibiótico (oral) 25. Analgésico (oral) 26. Antibiótico (oral) 27. Analgésico (oral) 28. Antibiótico (oral) 29. Analgésico (oral) 30. Antibiótico (oral) 31. Analgésico (oral) 32. Antibiótico (oral) 33. Analgésico (oral) 34. Antibiótico (oral) 35. Analgésico (oral) 36. Antibiótico (oral) 37. Analgésico (oral) 38. Antibiótico (oral) 39. Analgésico (oral) 40. Antibiótico (oral) 41. Analgésico (oral) 42. Antibiótico (oral) 43. Analgésico (oral) 44. Antibiótico (oral) 45. Analgésico (oral) 46. Antibiótico (oral) 47. Analgésico (oral) 48. Antibiótico (oral) 49. Analgésico (oral) 50. Antibiótico (oral) 51. Analgésico (oral) 52. Antibiótico (oral) 53. Analgésico (oral) 54. Antibiótico (oral) 55. Analgésico (oral) 56. Antibiótico (oral) 57. Analgésico (oral) 58. Antibiótico (oral) 59. Analgésico (oral) 60. Antibiótico (oral) 61. Analgésico (oral) 62. Antibiótico (oral) 63. Analgésico (oral) 64. Antibiótico (oral) 65. Analgésico (oral) 66. Antibiótico (oral) 67. Analgésico (oral) 68. Antibiótico (oral) 69. Analgésico (oral) 70. Antibiótico (oral) 71. Analgésico (oral) 72. Antibiótico (oral) 73. Analgésico (oral) 74. Antibiótico (oral) 75. Analgésico (oral) 76. Antibiótico (oral) 77. Analgésico (oral) 78. Antibiótico (oral) 79. Analgésico (oral) 80. Antibiótico (oral) 81. Analgésico (oral) 82. Antibiótico (oral) 83. Analgésico (oral) 84. Antibiótico (oral) 85. Analgésico (oral) 86. Antibiótico (oral) 87. Analgésico (oral) 88. Antibiótico (oral) 89. Analgésico (oral) 90. Antibiótico (oral) 91. Analgésico (oral) 92. Antibiótico (oral) 93. Analgésico (oral) 94. Antibiótico (oral) 95. Analgésico (oral) 96. Antibiótico (oral) 97. Analgésico (oral) 98. Antibiótico (oral) 99. Analgésico (oral) 100. Antibiótico (oral)

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7298 CREMEPE: 18474
TEO: 15069

Dr. Heider Romero L. Nogueira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 50507 EOT 8511



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Pessoa</u>		Data da Admissão: <u>22/04/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Paciente bilioso de caráter</u>			
HDA: <u>de modo amigável e</u>			
<u>de ser e FELICIDADE</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Fome <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 <input type="checkbox"/> 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"/> Solução <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-reposso <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"/> Amnesia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____			



Nome: <i>JOAQUIM DE ALBUQUERQUE G. SILVA</i>				Registro:	
Idade: <i>56 a</i>	Sexo: <i>MAS</i>	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>22/04/2019</i>			Cirurgião: <i>Dr ROMULO</i>		
1º Assistente: <i>R3 TIAGO</i>			2º Assistente: <i>R2 EDUARDO</i>		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura Exposta dos Ossos da Perna D</i>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>LMC + Aposição de Fixador Externo</i>					
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					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João de A. Moura do B.</i>				Registro:	
Idade: <i>46</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>08/05/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. M. F. M.</i>			1º Assistente: <i>Dr. R. L. S.</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. B. A. S.</i>	Tipo Anestesia: <i>Relaxado + Anestesia local</i>			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Pe de broto de novo D</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Ret de fixador externo</i>					
<i>1 unit + 2 unidades</i>					
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- Lavagem das mãos e antebraços
- 2- Campos + antebraços
- 3- Preparo do campo estéril

Incisão:

Achados: 1- Pres. de grande tumor rel. de fix. local.

Conduta:

- 5- Realizado a remoção do tumor em fat. de grande tumor
- 6- Realizado o fechamento de fundo do lapio deprimido
- 7- Curativo com 50% de Iodo
- 8- Hemostase com cur. estéril
- 9- Fazer cur. padrão

Fechamento:

10- Se necessário

OBS:

2- tumor de grande porte, removido de fix. local de grande porte
D. e curativo de grande porte e antebraços

Data:

28/05/17

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de foco de fratura da tíbia sob intensificador de imagem

Conduta:

Limpeza exhaustiva com Sf 0,9%

Realizado manobra de redução de fragmentos sob auxílio de escopia

Aposição de fixador externo

Sutura de pele

Fechamento:

Curativo

OBS: Mantenho internado para antibiótico terapia e segundo tempo cirúrgico

Data: 22 / 04 / 2019

EDUARDO P. S. ESTAN
MÉDICO
CRM 11487

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Jorge Luiz de Oliveira Junior da Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENS.	LEITO		
56	M.			15	144		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
22/04/19		15/05/19					
DIAGNÓSTICO INICIAL		fx dos ossos de punho (D)				5.82	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES		Raio X + Ex. Físico + Anamnese					
PROCEDIMENTO REALIZADO		Paciente pontuada de fratura dos ossos do punho (D), foi submetido a procedimento cirúrgico com aplicação de placas e parafusos.					
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO P.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		CYTETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO							
CONDIÇÃO DE ALTA		<input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO		HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES: Paciente encontra-se em B56, sem sinais de infecção dos ossos ou curativos pós-operatório. Paciente retornando para continuidade do acompanhamento ambulatorial.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA							
DIETA:		Livre.					
REPOUSO:		Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:		Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:		Dol. Físico + Antibiótico + Analgésico.					
RETORNO		Ao posto de saúde em 40 dias para retirada de pontos. Ao Ambulatório do ortopedista em 30 dias para revisão.					
DATA		15/05/19					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar		Dr. Klênio Farias da Nóbrega Res. Ortopedia e Traumatologia CRM 15.100/19					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		Dr. Teófilo					

HPM

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO
AV. Eugênio de Lucena Neiva S/N - Jd. 13 de Maio - João Pessoa-Paraíba

Dados do Paciente / Exame

Registro.....: 06 SUS

Paciente.....: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Data do Exame: 10/10/19


Convênio.....: SUS

Exame.....: RX DA PERNA DIREITA (2 inc.)

Laudo Radiológico

- Controle de redução de fratura na tíbia e na fíbula.

João Pessoa, 11 de Outubro de 2019


Dr. Caio Mario de Medeiros
CRM 3645



HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO
AV. Eugênio de Lucena Neiva S/N - Jd. 13 de Maio - João Pessoa-Paraíba

Dados do Paciente / Exame

Registro.....: 06 SUS

Paciente.....: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Data do Exame: 10/10/19


Convênio.....: SUS

Exame.....: RX DA PERNA DIREITA (2 inc.)

Laudos Radiológico

- Controle de redução de fratura na tíbia e na fíbula.

João Pessoa, 11 de Outubro de 2019


Dr. Caio Mario de Medeiros
CRM 3645



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	JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/07/62
NOME DA MÃE	SEVERINA DE ALBUQUERQUE DASILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.157.545
DATA DO ATENDIMENTO	22/04/19
HORA DO ATENDIMENTO	13:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referedor com deformidade e limitação de movimentos em perna direita, associada a ferimento corto-contuso. RX evidencia fratura exposta dos ossos da perna direita. Neurovascular normal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de joelho direito
RX de torax
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura dos ossos da perna direita

TRATAMENTO:

Imobilização.

ALTA HOSPITALAR: 22/04/19
DATA DA EMISSÃO: 18/06/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2019

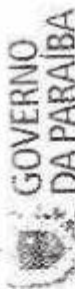
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Esplanada de Emergência e Trauma
Samaritan Humberto Lucchesi



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	1157545	22/04/2019 13:30-40	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
17/07/1962	56a 9m 5d	7081015741089734	(83) 987039651
Mãe			Prontuário
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA			52285
Endereço	Barrio	Município	UF
MANOEL JACOME DE BRITO, 45	CRUZ DAS ARMAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LENSIO BRAGANTE DE ARAUJO	3131/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
22/04/2019 13:30-40		22/04/2019 13:46:50	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA(MOTO X CARRO). REFERE DOR NA PERNA DIREITA E NO TÓRAX A DIREITA.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (NGTSM)

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

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

Quilina - 09/04/2019 13:31:45

EXAME DE IMAGEM

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
09 AGU. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREScrição Médica				Data Prescrição	
Nome		Idade		Nº Promitório	22/04/2019 15:20:42
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA		56a 9m 5d		1157545	
Data de Nascimento		Sexo		Validade da Prescrição	
17/07/1962		MASCULINO		22/04/2019 15:20:00 - 23/04/2019 15:20:00	
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Sentia	
Convênio		Matrícula		Permanência no	
SUS				Permanência em	
		Data de entrada:		Data de internação:	

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1	CEFALOTINA 1G - D(1 / 3) de 1	1G/50.0	MKG	Observação: FERATURA EXPOSTA PERNA	E.V.		AGORA	
2	TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação: ANALGESIA	E.V.		AGORA	

R\$ 88,00 - Dólar 1,00
R\$ 88,00 - Dólar 1,00


CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
CRM: 6902

Assinatura e Carimbo do Profissional


Parecer Médico

Nome	JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA			Idade	56A 9M 5D	Prontuário	52285
Boletim de Atendimento	Data de Entrada			Data Internação		Permanência na Unidade	11min
Convênio	22/04/2019 13:30:40			Leito		Permanência no Leito	
SUS				Clinica	CIRURGIA GERAL		
Parecer médico							
Especialidade	ORTOPEDIA			Profissional			
Motivo da solicitação	TRAUMA			Data da Solicitação:	22/04/2019 13:41:49		
Parecer				Data de Resposta:			

Leandro Bragante de Azevedo
CRM 8131



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO




PB

NOME
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

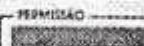
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
852105 SSP PB


CPF
338.522.514-00

DATA NASCIMENTO
17/07/1962



FILIAÇÃO
JOAO GOMES DA SILVA
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

PERMISSÃO


ACC


CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
04748402771

VALIDADE
15/03/2022

1ª EMISSÃO
08/09/2009

OBSERVAÇÕES
A / X :

João de Almeida Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/03/2017

Arnelis
ASSINATURA DO EMISSOR

41465568405
PB034297936

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1468834759

PROIBIDO PLASTIFICAR
1468834759



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 AGO. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	SOC. EMISSORA / OUT. SANGUE / P 2627718 SEP PS
	CIT 046.502.754-74
	DATA NASCIMENTO 21/08/1982
NÚMERO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE	
PREENCHIMENTO 18/06/2001	
VALOR 16/01/2019	
EXPIRAÇÃO 29/06/2001	
CATEGORIA 01N51269660	
ASSINATURA <i>Alexandra Cesar Duarte</i> ALEXANDRA CESAR DUARTE	
LOCAL JOÃO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 17/01/2014	
ASSINATURA <i>Roberto Carneiro</i> 66588156744 19027919595	

NATURAL EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

PRIMEIRO PLACARD
894056231

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
05 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

PB

NOME
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / DEPARTAMENTO UF
852105 SSP PB

CPF 338.522.514-00 DATA NASCIMENTO 17/07/1962

FILIAÇÃO
JOAO GOMES DA SILVA
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATAR A

Nº REGISTRO 04748402771 VALORADE 15/03/2022 1ª HABITAÇÃO 08/09/2009

OBSERVAÇÕES
A X

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 16/03/2017

ASSINATURA DO EMISSOR 41465568405 PB034297936

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1468834759

PROIBIDO PLASTIFICAR 1468834759

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
09 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / DO. LANCER Nº
2827118 687 75

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

MARCA
ALEXANDRE L/E ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO
B
AC
B
CAT
D

Nº REGISTRO
01851249562

VALIDADE
16/03/2019

1ª EMISSÃO
29/06/2001

ASSINATURA
Alexandra Cesar Duarte
ALEXANDRA CESAR DUARTE

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA
Rodrigo Carneiro
RODRIGO CARNEIRO

66588356744
PD027818595

894056231

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DETRAN - PB Nº **014201376308**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA RENOVADA Nº 01800000419478 EXERCÍCIO

1. 0107758720-9 00/00000000 2018

NOME
JACQUIM DE A G DA SILVA

CPF/CPNJ
33852291400

PLACA
OPA5041/PB

PLACA ANT. NÚM. CHASSI
NOVO PB 9C2K02010GR010230

VEÍCULO TIPO
PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCOOL GASOL

CAP / POT / CIL
2 P/162 /CI

CATEGORIA
PARTIC

CON PRD DOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA
00/00/0000

YENC. COTA ÚNICA
1º

FAIXA L.P.V.A.
******* 0**

PARCELAMENTO / COTAS
2º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

PREMIO TOTAL (R\$)
P A G O

DATA DE PAGAMENTO
14/09/2018

OBSERVAÇÕES
P.F. BANCO HONDA S. PARTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
JOÃO PESSOA - PB

DATA
14/09/2018

40581 40893

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 09 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DETTRAN - PB Nº **014201575509**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0107758720-9 00/00000000 2018

CPF/DTM 33852251400 PLACA OFA5041/PB

PLACA ANT. NOVO PB 902KC2210GR010230

PAR/MOTOCICLETA/VEICULO ALCO/CARCEL

CAP/POT/CIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC COM. PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 00/00/0000 1º

PARCELAMENTO / COTAS 0 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO PAGO 14/09/2018

0089/AC005

A.F. BANCO HONDA SPARTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0089/AC005

JOAO PESSOA - PB 14/09/2018

40891 40895

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 09 A6U. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2019 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 02/10/2019

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PB/OFA-5041
CHASSI Nº:	9C2KC2210GR010230
RENAVAM:	01077587209
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 84,58 (OITENTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E OITO CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 9 de Outubro de 2019



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373296/19

Vítima: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA

CPF: 338.522.514-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2019

Titular do CPF: ALBUQUERQUE GOMES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA : 338.522.514-00

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: 25/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03



NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Joaquim de Albuquerque G. da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Serviços Gerais, residente e domiciliado à Rua Manoel Gomes de Brito nº 48, bairro Cruz das Armas, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58085-650, portador(a) do Rg nº 852105, SSP/PB e CPF nº 338.522.541-00

Outorgado: Alexandra Luzar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão admo. gda, residente e domiciliado(a) à Rua Agostinho F. G. Costa nº 157, bairro Manoel Gabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 1627718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Joaquim de Albuquerque G. da Silva, ocorrido em 22/07/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 30 de Julho de 2019.



Joaquim de Albuquerque G. da Silva
Outorgante
CPF Nº 338.522.541-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Joaquim de Albuquerque G. da Silva brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão serviços gerais, residente e domiciliado à Rua Mamede Gomes de Brito nº 418, bairro Cruz das Armas, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58085-650, portador(a) do Rg nº 852105, SSP/PB e CPF nº 338.522.541-00

Outorgado: Alexandria Cuban Duarte brasileiro(a), estado civil casada, profissão admo. gda, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal G. G. D. nº 157, bairro Mam Cabete, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/PB e CPF nº 046.502.759-71

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Joaquim de Albuquerque G. da Silva ocorrido em 22.01.19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validade

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 30 de Julho de 2019.



Joaquim de Albuquerque G. da Silva
Outorgante
CPF Nº 338.522.541-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271691/19

Vítima: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA

CPF: 338.522.514-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/04/2019

Titular do CPF: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA : 338.522.514-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373296/19

Vítima: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA

CPF: 338.522.514-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/04/2019

Titular do CPF: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA : 338.522.514-00

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: 25/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604194

Vítima: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 22/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190604194

Vítima: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 22/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

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

NP do sinistro ou ASL: 33852 514-00 CPF da vítima: Joaquim de Albuquerque B. da Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Joaquim de Albuquerque B. da Silva CPF: 33852251400
 Profissão: Récuso Endereço: Rua Manoel Jacinto de Brito Número: 48 Complemento:
 Bairro: Cruz das Armas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-650
 E-mail: (83) 986634900

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

RENDAS CADASTRAIS

☒ RENDAS CADASTRAIS ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE 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: _____

AGÊNCIA: 1033

(informar o dígito se existir)

CONTA: 112162

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 de Inspeção 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 4º, §1º, do laudo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(a), informe o nome completo:
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou descendentes, informe o nome completo:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou outros parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou outros parentes vivos, informe o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovada, a indenização do Seguro DPVAT por morte somente se houver a ocorrência de um evento de morte e o beneficiário não for responsável criminal por infração do art. 179 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

THA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

211-016103030-6

30/JUL/2019

HORA OF 12:11:07

LOT. 13.023221-1

TERM 061947

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 211402495

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

AGENCIA: 1033

OPERACAO: 013

CONTA-OV: 000.000.112.162-0

DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LÔTERIAS CAIXA

211-016103030-6

3 VIA



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: 33852 514-00 Nome completo da vítima: Joaquim de Albuquerque G. da Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Joaquim de Albuquerque G. da Silva CPF: 33852251400
 Profissão: Recusado Endereço: Rua Manoel Jacinto de Brito Número: 48 Complemento:
 Bairro: Cruz das Almas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-650
 E-mail: (83) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexa (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: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 112162

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, renunciando a danos, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de 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 de perícia médica (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 do Instituto Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 154/73, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de cobertura, caso dispuser de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ União estável ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome e endereço: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informe quantos: _____ Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte, com base na documentação apresentada, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou denegação não constitui a poderem gerar obrigação de indenizar ou valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem preencheu o RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Prejudicado (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com prometo do seu e da liberdade de inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

JNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

211-816103030-6

30/JUL/2019

HORA OF 12:11:07

DT. 13.023221-1

TERM 061947

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 211402495

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

AGENCIA: 1033

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.112.152-0

DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LOTerias CAIXA

211-816103030-6

VIA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08709.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08709.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:07 horas do dia 01 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Joaquim de Albuquerque Gomes da Silva**, CPF nº 338.522.514-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Severina de Albuquerque Gomes da Silva e Joao Gomes da Silva, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 17/07/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel J. de Brito, Nº 48, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98869-0981.

Dados do(s) Fatos:

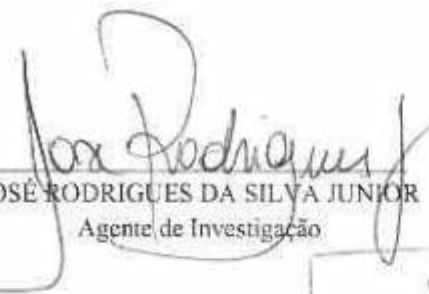
Local: Rua Jose Tavares, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/04/19 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MANHÃ DO DIA 22/04/2019, POR VOLTA DAS 10:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR BRANCA, ANO 2015, PLACA OFA-5041/PB, CHASSI 9C2KC2210GR010230, NA RUA JOSÉ TAVARES, CRISTO, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DE UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA PARADO ABRIU A PORTA NO MOMENTO EM QUE ESTE NOTIFICANTE ESTAVA PASSANDO VINDO A PROVOCAR UM ACIDENTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.9, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA; QUE EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

João Pessoa/PB, 01 de agosto de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA
SILVA
Noticiante



Processamento Policial: 08709.01.2019.1.00.401



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08709.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08709.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:07 horas do dia 01 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Joaquim de Albuquerque Gomes da Silva**, CPF nº 338.522.514-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Severina de Albuquerque Gomes da Silva e Joao Gomes da Silva, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 17/07/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel J. de Brito, Nº 48, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98869-0981.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Jose Tavares, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/04/19 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MANHÃ DO DIA 22/04/2019, POR VOLTA DAS 10:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR BRANCA, ANO 2015, PLACA OFA-5041/PB, CHASSI 9C2KC2210GR010230, NA RUA JOSÉ TAVARES, CRISTÓ, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DE UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA PARADO ABRIU A PORTA NO MOMENTO EM QUE ESTE NOTIFICANTE ESTAVA PASSANDO VINDO A PROVOCAR UM ACIDENTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.9, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA; QUE EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

João Pessoa/PB, 01 de agosto de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA
SILVA
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 08709.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: 33852 514-00 CPF da vítima: Joaquim de Albuquerque B. da Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Joaquim de Albuquerque B. da Silva CPF: 33852251400
 Profissão: Rencuso Endereço: Rua Manoel Jacinto de Brito Número: 48 Complemento:
 Bairro: Cruz das Armas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-650
 E-mail: (83) 986634900

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

REDA MENSAL:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ ATE R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE 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: _____

AGÊNCIA: 1033

(informar o dígito se existir)

CONTA: 112162

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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 de 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 4º, §1º, do laudo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(a)? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(a), informe o nome completo:
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou descendentes, informe o nome completo:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou outros parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou outros parentes vivos, informe o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovada, a indenização do Seguro DPVAT por morte somente se houver a ocorrência de um acidente de trânsito e provar que esta condição, estando em vigor, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a rescisão do seguro e o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do art. 179 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

THA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

211-016103030-6

30/JUL/2019

HORA OF 12:11:07

LOT. 13.023221-1

TERM 061947

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 211402495

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

AGENCIA: 1033

OPERACAO: 013

CONTA-OV: 000.000.112.162-0

DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LÔTERIAS CAIXA

211-016103030-6

3 VIA



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: 33852 514-00 Nome completo da vítima: Joaquim de Albuquerque G. da Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Joaquim de Albuquerque G. da Silva CPF: 33852251400
 Profissão: Recusado Endereço: Rua Manoel Jacinto de Brito Número: 48 Complemento:
 Bairro: Cruz das Almas Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58085-650
 E-mail: (83) 986634900

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

RENTA 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: _____

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 112162

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, renunciando a danos, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de 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 de perícia médica (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 do Instituto Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 154/73, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de cobertura, caso dispuser de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ União estável ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome e endereço: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informe quantos: _____ Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Se não tiver filhos vivos, informe o nome e endereço: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica do Instituto Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 154/73, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de cobertura, caso dispuser de seu conteúdo.

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem preencheu o RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Prejudicado (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com prometo do seu e da liberdade de inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

JNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

211-816103030-6

30/JUL/2019

HORA OF 12:11:07

DT. 13.023221-1

TERM 061947

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 211402495

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA

AGENCIA: 1033

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.112.152-0

DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LOTerias CAIXA

211-816103030-6

VIA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO RIO GRANDE DO NORTE

AV. CRESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1157545



Identificação do paciente

ID 252397	Nome JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 17/07/1962	Idade 56 anos 9 meses 5 dias	Estado civil	Religião
Mãe SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA		Pai JOAO GOMES DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MARIA LUCIA ALBUQUERQUE - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987039651	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 852105	Nº Cris 708101574189724	
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CROIR	

Endereço

CEP 58085650	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MANOEL JACOME DE BRITO
Número 45	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS	

Admissão

Data e Hora 22/04/2019 13:30:40	Número da pulseira 1000007555816	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

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 130 x 80 mmHg Pulso 101 Temperatura 37,2 - 99,2

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente vindo pelo Resgate vítima de acidente de motocicleta consciente e orientado e/feridas no MTD + pernas - pois enc. PI exames

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Imprimir

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1157545



Identificação do paciente

ID 252397	Nome JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 17/07/1962	Idade 56 anos 9 meses 5 dias	Estado civil Religião
Mãe SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	Pai JOAO GOMES DA SILVA	Prontuário 52785
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA LUCIA ALBUQUERQUE - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987039651	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 852105	Nº Cns 708101574189734
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CSO/R

Endereço

CEP 58085650	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MANOEL JACOMÉ DE BRITO
Número 45	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS	

Admissão

Data e Hora 22/04/2019 13:30:40	Número da pulseira 1000007555816	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

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 130 x 80 mmHg Pulso 101 Temperatura 36,2 = 99

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente vindo pelo Resgate vítima de acidente de motocicleta consciente e orientado e/feridas no MTD e tornozelos etc. Pl exames

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

Imprimir

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

68264810

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

4472938

CONTA DE CONSUMO DE AGUA, ESECTO E SERVICIOS

GLAUCIA BARBOSA DA SILVA

FLÁMIO LACOMO DE BRITO, 48 A. CRUZ DAS ARMAS

LOAD PRESSDA PB 56085-650

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Especial	
001 014 230 0692 000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
014 230 0692	06/09/2017	CHATEAU	1133 DO	EXTENSIVO			
<p>INTERIOR 1 ATUAL - 100% DE DIAS - PROXIMA LEITURA</p> <p>1336 1336 0 78 05/11/2018</p> <p>TEST. COND. CAIXA TEST. 1 QUAQ. 100% AGUA ANTES DO PORT. 05/2017 RES.</p>							
SET/2018	AGO/2018	JUL/2018	JUN/2018	MAI/2018	ABR/2018	MEDTA (M)	
10	13	1	13	13	13	10	
PARAMETROS, EXIG				QUALT.		CONFERENÇ	
TURBIDIDE				0	0	0	0
CÉDRO				0	0	0	0
CÓL TERMET				0	0	0	0
CÓR				0	0	0	0
CÓL TOTAIS				0	0	0	0
DADOS REFERENTES A: AGO/2018							

DATA BY INSTRUMENT: 00 10 012

MUEA DA :ESPRESSO 09.56.00

DEFINITION

CREDITORS	TOTAL (R\$)
1.000	1.000
2.000	2.000
3.000	3.000
4.000	4.000
5.000	5.000
6.000	6.000
7.000	7.000
8.000	8.000
9.000	9.000
10.000	10.000
11.000	11.000
12.000	12.000
13.000	13.000
14.000	14.000
15.000	15.000
16.000	16.000
17.000	17.000
18.000	18.000
19.000	19.000
20.000	20.000
21.000	21.000
22.000	22.000
23.000	23.000
24.000	24.000
25.000	25.000
26.000	26.000
27.000	27.000
28.000	28.000
29.000	29.000
30.000	30.000
31.000	31.000
32.000	32.000
33.000	33.000
34.000	34.000
35.000	35.000
36.000	36.000
37.000	37.000
38.000	38.000
39.000	39.000
40.000	40.000
41.000	41.000
42.000	42.000
43.000	43.000
44.000	44.000
45.000	45.000
46.000	46.000
47.000	47.000
48.000	48.000
49.000	49.000
50.000	50.000
51.000	51.000
52.000	52.000
53.000	53.000
54.000	54.000
55.000	55.000
56.000	56.000
57.000	57.000
58.000	58.000
59.000	59.000
60.000	60.000
61.000	61.000
62.000	62.000
63.000	63.000
64.000	64.000
65.000	65.000
66.000	66.000
67.000	67.000
68.000	68.000
69.000	69.000
70.000	70.000
71.000	71.000
72.000	72.000
73.000	73.000
74.000	74.000
75.000	75.000
76.000	76.000
77.000	77.000
78.000	78.000
79.000	79.000
80.000	80.000
81.000	81.000
82.000	82.000
83.000	83.000
84.000	84.000
85.000	85.000
86.000	86.000
87.000	87.000
88.000	88.000
89.000	89.000
90.000	90.000
91.000	91.000
92.000	92.000
93.000	93.000
94.000	94.000
95.000	95.000
96.000	96.000
97.000	97.000
98.000	98.000
99.000	99.000
100.000	100.000

2514

25 AUGUST 1987

10-12

27, 11

STUDY OF THE GROUND

ESC010

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTACIONES RUSAS: CON INCL. 12.741/12

MENTIONATO:

02/11/2018

Total a Pagar:

RS 37,91



CONDIÇÃO DE LECTURA REALIZADA

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DE ENTENDIMENTO: BASTA DO MONITOR 1700 DE TARIFA. 1

INDICAÇÕES GERAIS

QUANDO A INFÂNCIA É FELIZ, NÃO TEM DOOR GAMBÔ

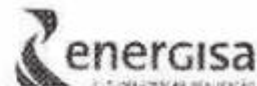
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

09.06.2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Proteção para simplificação do processo de pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 028.333.126

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 232, Km 25 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 55071-680
CNPJ 29.085.183 / 0001-68 - Insc. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

19/07/2019

CONSUMO

168

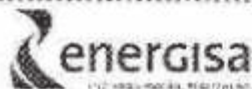
VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

Acesse: www.energisa.com.br



DESQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-005-232-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/07/2019

VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

MATRÍCULA

1698358-2019-07-0

RECEBUEMOS

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua T. João Cimo, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
ENVIAR ESTE VOUCHER
MATRÍCULA

68164810

05/11/2018

CONTA DE COMPANHIA DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

GLAUCIA BARBOSA DA SILVA
RUA MANOEL JACOMO DE BRITO, 48 A CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA PB 58085-650

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Outro	
001.014.230.0092.000		0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
1336	05/11/2018	INT. LACR.	USADO	RETENCIONADO			
ANTERIOR (LITROS) - CONSUMO (M3) - NÚM DE DIAS - PROXIMA LEITURA							
1336	10	28	05/11/2018				
MÉD. CONS. / ANO - MÉD. QUALID. ÁGUA - ANEXO 20 - PORT. 05-2017 MS							
SET/2018	10	50	PARÂMETROS, EXIG	ANALIS. CONFORMES			
AGO/2018	11	50	TURBIDEZ	0	0	0	0
JUL/2018	1	50	COLO	0	0	0	0
JUN/2018	13	50	COL. TERMO	0	0	0	0
MAI/2018	13	50	COB	0	0	0	0
ABR/2018	13	50	S/O. TOTAL	0	0	0	0
MÉDIA (M3)			DADOS REFERENTES A AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 04/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:58:39

DESCRIÇÃO

VOLUME TOTAL (M3)

ÁGUA

RENTABILIDADE 1 UNIDADE, S/O

10 M3

37,91

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 DES. E CORR. INS. IPI R\$ 741,12

VENCIMENTO:

02/11/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO SATISFATÓRIO: MÉDIA DE HÍDRONE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

QUANDO A TARIFAS É PAGA, NÃO TEM DOGÃO GABO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é equivalente à conta.

Recibo para cancelamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 028.333.126



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 239, Km 25 - Centro Rodenir - João Pessoa / PB - CEP 58471-640
CNPJ 03.055.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.016.833-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

19/07/2019

CONSUMO

168

VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

Acesse: www.energisa.com.br



CONTADOR AGU

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-885-292-0450
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/07/2019

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

26/07/2019

R\$ 150,11

1698358-2019-07-0

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA