



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através do 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 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 12 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 este disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&C>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além das 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 da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS SEGUROS, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNACIONAL DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR IRITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Se um dos números abaixo:  
04 | 06 | 08 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 30 | 32 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | 48 | 50 | 52 | 54 | 56 | 58 | 60 | 62 | 64 | 66 | 68 | 70 | 72 | 74 | 76 | 78 | 80 | 82 | 84 | 86 | 88 | 90 | 92 | 94 | 96 | 98 | 100 | 102 | 104 | 106 | 108 | 110 | 112 | 114 | 116 | 118 | 120 | 122 | 124 | 126 | 128 | 130 | 132 | 134 | 136 | 138 | 140 | 142 | 144 | 146 | 148 | 150 | 152 | 154 | 156 | 158 | 160 | 162 | 164 | 166 | 168 | 170 | 172 | 174 | 176 | 178 | 180 | 182 | 184 | 186 | 188 | 190 | 192 | 194 | 196 | 198 | 200 | 202 | 204 | 206 | 208 | 210 | 212 | 214 | 216 | 218 | 220 | 222 | 224 | 226 | 228 | 230 | 232 | 234 | 236 | 238 | 240 | 242 | 244 | 246 | 248 | 250 | 252 | 254 | 256 | 258 | 260 | 262 | 264 | 266 | 268 | 270 | 272 | 274 | 276 | 278 | 280 | 282 | 284 | 286 | 288 | 290 | 292 | 294 | 296 | 298 | 300 | 302 | 304 | 306 | 308 | 310 | 312 | 314 | 316 | 318 | 320 | 322 | 324 | 326 | 328 | 330 | 332 | 334 | 336 | 338 | 340 | 342 | 344 | 346 | 348 | 350 | 352 | 354 | 356 | 358 | 360 | 362 | 364 | 366 | 368 | 370 | 372 | 374 | 376 | 378 | 380 | 382 | 384 | 386 | 388 | 390 | 392 | 394 | 396 | 398 | 400 | 402 | 404 | 406 | 408 | 410 | 412 | 414 | 416 | 418 | 420 | 422 | 424 | 426 | 428 | 430 | 432 | 434 | 436 | 438 | 440 | 442 | 444 | 446 | 448 | 450 | 452 | 454 | 456 | 458 | 460 | 462 | 464 | 466 | 468 | 470 | 472 | 474 | 476 | 478 | 480 | 482 | 484 | 486 | 488 | 490 | 492 | 494 | 496 | 498 | 500 | 502 | 504 | 506 | 508 | 510 | 512 | 514 | 516 | 518 | 520 | 522 | 524 | 526 | 528 | 530 | 532 | 534 | 536 | 538 | 540 | 542 | 544 | 546 | 548 | 550 | 552 | 554 | 556 | 558 | 560 | 562 | 564 | 566 | 568 | 570 | 572 | 574 | 576 | 578 | 580 | 582 | 584 | 586 | 588 | 590 | 592 | 594 | 596 | 598 | 600 | 602 | 604 | 606 | 608 | 610 | 612 | 614 | 616 | 618 | 620 | 622 | 624 | 626 | 628 | 630 | 632 | 634 | 636 | 638 | 640 | 642 | 644 | 646 | 648 | 650 | 652 | 654 | 656 | 658 | 660 | 662 | 664 | 666 | 668 | 670 | 672 | 674 | 676 | 678 | 680 | 682 | 684 | 686 | 688 | 690 | 692 | 694 | 696 | 698 | 700 | 702 | 704 | 706 | 708 | 710 | 712 | 714 | 716 | 718 | 720 | 722 | 724 | 726 | 728 | 730 | 732 | 734 | 736 | 738 | 740 | 742 | 744 | 746 | 748 | 750 | 752 | 754 | 756 | 758 | 760 | 762 | 764 | 766 | 768 | 770 | 772 | 774 | 776 | 778 | 780 | 782 | 784 | 786 | 788 | 790 | 792 | 794 | 796 | 798 | 800 | 802 | 804 | 806 | 808 | 810 | 812 | 814 | 816 | 818 | 820 | 822 | 824 | 826 | 828 | 830 | 832 | 834 | 836 | 838 | 840 | 842 | 844 | 846 | 848 | 850 | 852 | 854 | 856 | 858 | 860 | 862 | 864 | 866 | 868 | 870 | 872 | 874 | 876 | 878 | 880 | 882 | 884 | 886 | 888 | 890 | 892 | 894 | 896 | 898 | 900 | 902 | 904 | 906 | 908 | 910 | 912 | 914 | 916 | 918 | 920 | 922 | 924 | 926 | 928 | 930 | 932 | 934 | 936 | 938 | 940 | 942 | 944 | 946 | 948 | 950 | 952 | 954 | 956 | 958 | 960 | 962 | 964 | 966 | 968 | 970 | 972 | 974 | 976 | 978 | 980 | 982 | 984 | 986 | 988 | 990 | 992 | 994 | 996 | 998 | 1000 | 1002 | 1004 | 1006 | 1008 | 1010 | 1012 | 1014 | 1016 | 1018 | 1020 | 1022 | 1024 | 1026 | 1028 | 1030 | 1032 | 1034 | 1036 | 1038 | 1040 | 1042 | 1044 | 1046 | 1048 | 1050 | 1052 | 1054 | 1056 | 1058 | 1060 | 1062 | 1064 | 1066 | 1068 | 1070 | 1072 | 1074 | 1076 | 1078 | 1080 | 1082 | 1084 | 1086 | 1088 | 1090 | 1092 | 1094 | 1096 | 1098 | 1100 | 1102 | 1104 | 1106 | 1108 | 1110 | 1112 | 1114 | 1116 | 1118 | 1120 | 1122 | 1124 | 1126 | 1128 | 1130 | 1132 | 1134 | 1136 | 1138 | 1140 | 1142 | 1144 | 1146 | 1148 | 1150 | 1152 | 1154 | 1156 | 1158 | 1160 | 1162 | 1164 | 1166 | 1168 | 1170 | 1172 | 1174 | 1176 | 1178 | 1180 | 1182 | 1184 | 1186 | 1188 | 1190 | 1192 | 1194 | 1196 | 1198 | 1200 | 1202 | 1204 | 1206 | 1208 | 1210 | 1212 | 1214 | 1216 | 1218 | 1220 | 1222 | 1224 | 1226 | 1228 | 1230 | 1232 | 1234 | 1236 | 1238 | 1240 | 1242 | 1244 | 1246 | 1248 | 1250 | 1252 | 1254 | 1256 | 1258 | 1260 | 1262 | 1264 | 1266 | 1268 | 1270 | 1272 | 1274 | 1276 | 1278 | 1280 | 1282 | 1284 | 1286 | 1288 | 1290 | 1292 | 1294 | 1296 | 1298 | 1300 | 1302 | 1304 | 1306 | 1308 | 1310 | 1312 | 1314 | 1316 | 1318 | 1320 | 1322 | 1324 | 1326 | 1328 | 1330 | 1332 | 1334 | 1336 | 1338 | 1340 | 1342 | 1344 | 1346 | 1348 | 1350 | 1352 | 1354 | 1356 | 1358 | 1360 | 1362 | 1364 | 1366 | 1368 | 1370 | 1372 | 1374 | 1376 | 1378 | 1380 | 1382 | 1384 | 1386 | 1388 | 1390 | 1392 | 1394 | 1396 | 1398 | 1400 | 1402 | 1404 | 1406 | 1408 | 1410 | 1412 | 1414 | 1416 | 1418 | 1420 | 1422 | 1424 | 1426 | 1428 | 1430 | 1432 | 1434 | 1436 | 1438 | 1440 | 1442 | 1444 | 1446 | 1448 | 1450 | 1452 | 1454 | 1456 | 1458 | 1460 | 1462 | 1464 | 1466 | 1468 | 1470 | 1472 | 1474 | 1476 | 1478 | 1480 | 1482 | 1484 | 1486 | 1488 | 1490 | 1492 | 1494 | 1496 | 1498 | 1500 | 1502 | 1504 | 1506 | 1508 | 1510 | 1512 | 1514 | 1516 | 1518 | 1520 | 1522 | 1524 | 1526 | 1528 | 1530 | 1532 | 1534 | 1536 | 1538 | 1540 | 1542 | 1544 | 1546 | 1548 | 1550 | 1552 | 1554 | 1556 | 1558 | 1560 | 1562 | 1564 | 1566 | 1568 | 1570 | 1572 | 1574 | 1576 | 1578 | 1580 | 1582 | 1584 | 1586 | 1588 | 1590 | 1592 | 1594 | 1596 | 1598 | 1600 | 1602 | 1604 | 1606 | 1608 | 1610 | 1612 | 1614 | 1616 | 1618 | 1620 | 1622 | 1624 | 1626 | 1628 | 1630 | 1632 | 1634 | 1636 | 1638 | 1640 | 1642 | 1644 | 1646 | 1648 | 1650 | 1652 | 1654 | 1656 | 1658 | 1660 | 1662 | 1664 | 1666 | 1668 | 1670 | 1672 | 1674 | 1676 | 1678 | 1680 | 1682 | 1684 | 1686 | 1688 | 1690 | 1692 | 1694 | 1696 | 1698 | 1700 | 1702 | 1704 | 1706 | 1708 | 1710 | 1712 | 1714 | 1716 | 1718 | 1720 | 1722 | 1724 | 1726 | 1728 | 1730 | 1732 | 1734 | 1736 | 1738 | 1740 | 1742 | 1744 | 1746 | 1748 | 1750 | 1752 | 1754 | 1756 | 1758 | 1760 | 1762 | 1764 | 1766 | 1768 | 1770 | 1772 | 1774 | 1776 | 1778 | 1780 | 1782 | 1784 | 1786 | 1788 | 1790 | 1792 | 1794 | 1796 | 1798 | 1800 | 1802 | 1804 | 1806 | 1808 | 1810 | 1812 | 1814 | 1816 | 1818 | 1820 | 1822 | 1824 | 1826 | 1828 | 1830 | 1832 | 1834 | 1836 | 1838 | 1840 | 1842 | 1844 | 1846 | 1848 | 1850 | 1852 | 1854 | 1856 | 1858 | 1860 | 1862 | 1864 | 1866 | 1868 | 1870 | 1872 | 1874 | 1876 | 1878 | 1880 | 1882 | 1884 | 1886 | 1888 | 1890 | 1892 | 1894 | 1896 | 1898 | 1900 | 1902 | 1904 | 1906 | 1908 | 1910 | 1912 | 1914 | 1916 | 1918 | 1920 | 1922 | 1924 | 1926 | 1928 | 1930 | 1932 | 1934 | 1936 | 1938 | 1940 | 1942 | 1944 | 1946 | 1948 | 1950 | 1952 | 1954 | 1956 | 1958 | 1960 | 1962 | 1964 | 1966 | 1968 | 1970 | 1972 | 1974 | 1976 | 1978 | 1980 | 1982 | 1984 | 1986 | 1988 | 1990 | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 | 2020 | 2022 | 2024 | 2026 | 2028 | 2030 | 2032 | 2034 | 2036 | 2038 | 2040 | 2042 | 2044 | 2046 | 2048 | 2050 | 2052 | 2054 | 2056 | 2058 | 2060 | 2062 | 2064 | 2066 | 2068 | 2070 | 2072 | 2074 | 2076 | 2078 | 2080 | 2082 | 2084 | 2086 | 2088 | 2090 | 2092 | 2094 | 2096 | 2098 | 2100 | 2102 | 2104 | 2106 | 2108 | 2110 | 2112 | 2114 | 2116 | 2118 | 2120 | 2122 | 2124 | 2126 | 2128 | 2130 | 2132 | 2134 | 2136 | 2138 | 2140 | 2142 | 2144 | 2146 | 2148 | 2150 | 2152 | 2154 | 2156 | 2158 | 2160 | 2162 | 2164 | 2166 | 2168 | 2170 | 2172 | 2174 | 2176 | 2178 | 2180 | 2182 | 2184 | 2186 | 2188 | 2190 | 2192 | 2194 | 2196 | 2198 | 2200 | 2202 | 2204 | 2206 | 2208 | 2210 | 2212 | 2214 | 2216 | 2218 | 2220 | 2222 | 2224 | 2226 | 2228 | 2230 | 2232 | 2234 | 2236 | 2238 | 2240 | 2242 | 2244 | 2246 | 2248 | 2250 | 2252 | 2254 | 2256 | 2258 | 2260 | 2262 | 2264 | 2266 | 2268 | 2270 | 2272 | 2274 | 2276 | 2278 | 2280 | 2282 | 2284 | 2286 | 2288 | 2290 | 2292 | 2294 | 2296 | 2298 | 2300 | 2302 | 2304 | 2306 | 2308 | 2310 | 2312 | 2314 | 2316 | 2318 | 2320 | 2322 | 2324 | 2326 | 2328 | 2330 | 2332 | 2334 | 2336 | 2338 | 2340 | 2342 | 2344 | 2346 | 2348 | 2350 | 2352 | 2354 | 2356 | 2358 | 2360 | 2362 | 2364 | 2366 | 2368 | 2370 | 2372 | 2374 | 2376 | 2378 | 2380 | 2382 | 2384 | 2386 | 2388 | 2390 | 2392 | 2394 | 2396 | 2398 | 2400 | 2402 | 2404 | 2406 | 2408 | 2410 | 2412 | 2414 | 2416 | 2418 | 2420 | 2422 | 2424 | 2426 | 2428 | 2430 | 2432 | 2434 | 2436 | 2438 | 2440 | 2442 | 2444 | 2446 | 2448 | 2450 | 2452 | 2454 | 2456 | 2458 | 2460 | 2462 | 2464 | 2466 | 2468 | 2470 | 2472 | 2474 | 2476 | 2478 | 2480 | 2482 | 2484 | 2486 | 2488 | 2490 | 2492 | 2494 | 2496 | 2498 | 2500 | 2502 | 2504 | 2506 | 2508 | 2510 | 2512 | 2514 | 2516 | 2518 | 2520 | 2522 | 2524 | 2526 | 2528 | 2530 | 2532 | 2534 | 2536 | 2538 | 2540 | 2542 | 2544 | 2546 | 2548 | 2550 | 2552 | 2554 | 2556 | 2558 | 2560 | 2562 | 2564 | 2566 | 2568 | 2570 | 2572 | 2574 | 2576 | 2578 | 2580 | 2582 | 2584 | 2586 | 2588 | 2590 | 2592 | 2594 | 2596 | 2598 | 2600 | 2602 | 2604 | 2606 | 2608 | 2610 | 2612 | 2614 | 2616 | 2618 | 2620 | 2622 | 2624 | 2626 | 2628 | 2630 | 2632 | 2634 | 2636 | 2638 | 2640 | 2642 | 2644 | 2646 | 2648 | 2650 | 2652 | 2654 | 2656 | 2658 | 2660 | 2662 | 2664 | 2666 | 2668 | 2670 | 2672 | 2674 | 2676 | 2678 | 2680 | 2682 | 2684 | 2686 | 2688 | 2690 | 2692 | 2694 | 2696 | 2698 | 2700 | 2702 | 2704 | 2706 | 2708 | 2710 | 2712 | 2714 | 2716 | 2718 | 2720 | 2722 | 2724 | 2726 | 2728 | 2730 | 2732 | 2734 | 2736 | 2738 | 2740 | 2742 | 2744 | 2746 | 2748 | 2750 | 2752 | 2754 | 2756 | 2758 | 2760 | 2762 | 2764 | 2766 | 2768 | 2770 | 2772 | 2774 | 2776 | 2778 | 2780 | 2782 | 2784 | 2786 | 2788 | 2790 | 2792 | 2794 | 2796 | 2798 | 2800 | 2802 | 2804 | 2806 | 2808 | 2810 | 2812 | 2814 | 2816 | 2818 | 2820 | 2822 | 2824 | 2826 | 2828 | 2830 | 2832 | 2834 | 2836 | 2838 | 2840 | 2842 | 2844 | 2846 | 2848 | 2850 | 2852 | 2854 | 2856 | 2858 | 2860 | 2862 | 2864 | 2866 | 2868 | 2870 | 2872 | 2874 | 2876 | 2878 | 2880 | 2882 | 2884 | 2886 | 2888 | 2890 | 2892 | 2894 | 2896 | 2898 | 2900 | 2902 | 2904 | 2906 | 2908 | 2910 | 2912 | 2914 | 2916 | 2918 | 2920 | 2922 | 2924 | 2926 | 2928 | 2930 | 2932 | 2934 | 2936 | 2938 | 2940 | 2942 | 2944 | 2946 | 2948 | 2950 | 2952 | 2954 | 2956 | 2958 | 2960 | 2962 | 2964 | 2966 | 2968 | 2970 | 2972 | 2974 | 2976 | 2978 | 2980 | 2982 | 2984 | 2986 | 2988 | 2990 | 2992 | 2994 | 2996 | 2998 | 3000 | 3002 | 3004 | 3006 | 3008 | 3010 | 3012 | 3014 | 3016 | 3018 | 3020 | 3022 | 3024 | 3026 | 3028 | 3030 | 3032 | 3034 | 3036 | 3038 | 3040 | 3042 | 3044 | 3046 | 3048 | 3050 | 3052 | 3054 | 3056 | 3058 | 3060 | 3062 | 3064 | 3066 | 3068 | 3070 | 3072 | 3074 | 3076 | 3078 | 3080 | 3082 | 3084 | 3086 | 3088 | 3090 | 3092 | 3094 | 3096 | 3098 | 3100 | 3102 | 3104 | 3106 | 3108 | 3110 | 3112 | 3114 | 3116 | 3118 | 3120 | 3122 | 3124 | 3126 | 3128 | 3130 | 3132 | 3134 | 3136 | 3138 | 3140 | 3142 | 3144 | 3146 | 3148 | 3150 | 3152 | 3154 | 3156 | 3158 | 3160 | 3162 | 3164 | 3166 | 3168 | 3170 | 3172 | 3174 | 3176 | 3178 | 3180 | 3182 | 3184 | 3186 | 3188 | 3190 | 3192 | 3194 | 3196 | 3198 | 3200 | 3202 | 3204 | 3206 | 3208 | 3210 | 3212 | 3214 | 3216 | 3218 | 3220 | 3222 | 3224 | 3226 | 3228 | 3230 | 3232 | 3234 | 3236 | 3238 | 3240 | 3242 | 3244 | 3246 | 3248 | 3250 | 3252 | 3254 | 3256 | 3258 | 3260 | 3262 | 3264 | 3266 | 3268 | 3270 | 3272 | 3274 | 3276 | 3278 | 3280 | 3282 | 3284 | 3286 | 3288 | 3290 | 3292 | 3294 | 3296 | 3298 | 3300 | 3302 | 3304 | 3306 | 3308 | 3310 | 3312 | 3314 | 3316 | 3318 | 3320 | 3322 | 3324 | 3326 | 3328 | 3330 | 3332 | 3334 | 3336 | 3338 | 3340 | 3342 | 3344 | 3346 | 3348 | 3350 | 3352 | 3354 | 3356 | 3358 | 3360 | 3362 | 3364 | 3366 | 3368 | 3370 | 3372 | 3374 | 3376 | 3378 | 3380 | 3382 | 3384 | 3386 | 3388 | 3390 | 3392 | 3394 | 3396 | 3398 | 3400 | 3402 | 3404 | 3406 | 3408 | 3410 | 3412 | 3414 | 3416 | 3418 | 3420 | 3422 | 3424 | 3426 | 3428 | 3430 | 3432 | 3434 | 3436 | 3438 | 3440 | 3442 | 3444 | 3446 | 3448 | 3450 | 3452 | 3454 | 3456 | 3458 | 3460 | 3462 | 3464 | 3466 | 3468 | 3470 | 3472 | 3474 | 3476 | 3478 | 3480 | 3482 | 3484 | 3486 | 3488 | 3490 | 3492 | 3494 | 3496 | 3498 | 3500 | 3502 | 3504 | 3506 | 3508 | 3510 | 3512 | 3514 | 3516 | 3518 | 3520 | 3522 | 3524 | 3526 | 3528 | 3530 | 3532 | 3534 | 3536 | 3538 | 3540 | 3542 | 3544 | 3546 | 3548 | 3550 | 3552 | 3554 | 3556 | 3558 | 3560 | 3562 | 3564 | 3566 | 356



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOALIS

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  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/IA

09 AGU. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

Pacientes	Nome	Data/Hora Entrada	Data Birth
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	1157545	22/04/2019 13:30:40	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone do Contato
17/07/1962	56a 9m 5d	Masculino	(83) 987039651
Mais			Prontuário
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA			52285
Endereço	Bairro	Município	UF
MANOEL JACOMÉ DE BRITO, 45	CRUZ DAS ARINAS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	3131/PB
Data/Hora Certificação		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 PERNAS 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 HORAS(S)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 1000ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. BIBH, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

09 ABRIL 2019  
PROTÓCOLO  
AG.  
JOÃO  
PESSOA  
COMPRE  
SEGURAS E PREVIDENCIAS  
COMPKEV

2019-04-09 13:46:00



## ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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 de nascimento	Idade	Sexo		Telefone de Contato
17/07/1962	56a 9m 6d	Masculino	708101574189734	(83) 987039651
Mãe				Prioritário
SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA				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	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 PERNAS DIREITA ASSOCIADA A FERIMENTO CORTO-CONTUSO RX FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITAS. NEUROVASCULAR NORMAL

CD: CEFALOTINA 2G EV, TRAMAL, SAT, TALA E AO ORTOGRAUMA 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 PERNAS)

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

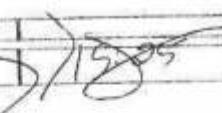
CARLOS ALBERTO VARGUES VIEIRA  
(CRM: 6902/PB)

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM PB 6902 CRM PE 2281  
TELE: 32165700

ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Uma: 22/04/19 16:20  
 Usuário: CARLOS  
 Dotor: 1157545  


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA		Data de Nascimento 17/07/1962	Idade 56a 9m 5d	Sexo MASCULINO	Nº 1157545	Nº Prontuário 52285	Data Prescrição 22/04/2019 15:20:42	
Motivo do Atendimento		Enfermara / Luto		Validade da Prescrição 22/04/2019 15:20:00 - 23/04/2019 15:20:00				
Convenio SUS		Matrícula		Senha				
				Data de Entrada: 22/04/2019 13:30:40	Data de Internação:	Permanência na 1h 50min	Permanência no	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação do Uso Observação: FRATURA EXPOSTA PERNAS	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1	CEFALOTINA 1G - D1/1 (1) de 1	1000,0	MG	E.V			AGORA	
2	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA A 2ML)	2,0	ML	Observação: ANALGÉSIA	E.V		AGORA	

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
 CRM: 8802

Requerimento para:  
 Dr. Carlos Alberto M. VIEIRA  
 Ortopedista / Traumatólogo  
 CRM PR 8802 Cada PR 22641  
 16011992  
 Assinatura e Carimbo do Profissional

**Parecer Médico**

<b>Nome:</b> JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	<b>Idade:</b> 60A 9M 5D	<b>Prontuário:</b> 52285
<b>Boletim de Atendimento:</b> 1157545	<b>Data de Entrada:</b> 22/04/2019 13:30:40	<b>Data Internação:</b> 11min
<b>Convênio:</b> SUS	<b>Leito:</b>	<b>Permanência na Unidade:</b> Permanência no Leito
<b>Parecer médico:</b>		
<b>Especialidade:</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional:</b>	
<b>Motivo da solicitação:</b> TRAUMA	<b>Data da Solicitação:</b> 22/04/2019 13:41:49	
<b>Parecer:</b>	<b>Data de Resposta:</b>	



## CERTIDÃO

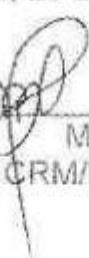
Nº. 1205/2019

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 Tarcisio 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 acidenta 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de julho de 2019

  
Médica  
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM PB 4516

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

Ficha Nr: 223630 Até: Mar Regul.  
Data: 22/04/2015  
Hora: 17:30:39  
Repcionista: ANA PAULA ALMEIDA PS  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 14  
 Nome: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA Num. Prontuario: 2017.02.0009  
 CNS: 708101574189734 Sexo: M IDENTIDADE: 852105 Fone: 87608228  
 Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 17/07/1962 Id: 56 ano(s)  
 End.: RUA CARCOSO VIEIRA ELOCO 1 APT 201,000  
 Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
 Mae: SEVERINA DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA Pai: JOAO GOMES DA SILVA

Raca: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO) Estado Civil: CASADO (A)

INFORMAÇÕES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Responsible: IRMA MARTA LUCET

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Respi. NEUROLOGIA E SOC.

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítimas de acidente por: NAO

Vítima de violência: **PO**: NAO

### II. Caso Policial

PRE-CONSULTA

Índice de Classificação de risco: AMARELO

#### CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	PR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	
Queixa Principal		Observacao:	
MA FM MID		UFESQH	

História e Experiência Física + (horas de atendimento médico)

Acumulo futurro de ac. de molo, con  
quedas de pintura deporto de otros de molo  
Se realizo antibióticoterapia no HCTSHC

Diagnóstico: CP - Oriente do bloco <sup>Conduta</sup> linfático T1 testemunha  
de fratura exposta e hérnia esterna.  
Prognóstico: ~~impossível local~~ 1 MORTAL ~~2012 12 22~~

From exhibit of the  
left leg of a  
woman, 40 years  
old. Dr. Tibb  
Orthopedic  
Surgeon  
Cambridge

Dr. Tibiriçá Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM-PE 7295 CRM-MG: 12474  
TELE: 44059

Dr. Henrique ROMERO L. Nogueira  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PE 5053/RECT 8511



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João</u> S. <u>11/11/11</u>				Data da Admissão: <u>22/06/11</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço: Bairro:				
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade: Data de Nascimento <u>1/1/11</u>				
QPD: <u>Palavras-chave da anamnese</u>				
HDA: <u>anamnese de sintomas</u>				
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
<u>Geral:</u> <input type="checkbox"/> Fadiga <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"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____				
<u>Pele:</u> _____				
<u>Cabeça e PESCOÇO:</u> <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"/> Bocio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____				
<u>AR e ACV:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____				
<u>ABD:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
<u>AGU:</u> <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"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
<u>SME:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidex pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos				
<u>SN e PSQ:</u> <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: <b>JOAQUIM DE ALBUQUERQUE G. SILVA</b>				Registro:
Idade: 56 a	Sexo: MÁS	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 22/04/2019		Cirurgião: Dr ROMULO		
1º Assistente: R3 TIAGO		2º Assistente: R2 EDUARDO		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura Exposta dos Ossos da Perna D</i>				582.3
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>José Maria de A. Souza da Silva</i>				Registro:
Idade: <i>70</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Branca</i>	Clinica: <i>União</i>	EMP: <i></i> LR: <i></i>
Data: <i>08/11/15</i>		Cirurgião: <i>W. M. H. M.</i>		1º Assistente: <i>Flávio L. Z.</i>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista: <i>Dr. Flávio</i>		Tipo Anestesia: <i>General</i>		Horário: I: <i></i> T: <i></i>

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

**CID**

*Fe de ero de peau D*

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

**CID**

*0.0000*

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

**CÓDIGO**

*Ret de fixador extra e  
remoção de bolinhas*

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1- Fazendo uso de DAK sobre acom.
- 2- Oferta e anestesia.
- 3- Uso de campo seco

### Incisão:

### Achados:

- 4- Port. de ondas puro rel. de fr. uso.

### Conduta:

- 5- Coloquei elástico de prato sobre em fio de nito puro.
- 6- Preparamo elástico de fio de nito de prato
- 7- Oferta com 80% dicumarol
- 8- Ajusto elástico com fio de nito
- 9- Fiz uso de pecten

### Fechamento:

10- Fechado

### OBS:

- 11- Usei fio de nito de prato sobre em fio de nito puro
- 12- Oferta 1/2 dicumarol e anticoag.

Data: 28/09/11

MÉDICO/CRM

## DISCRICAO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Inclinação:

## Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia sob intensificador de imagem

## Conduta:

Limpeza exaustiva com SF 0,9%

Realizado manobra de redução de fragmentos sob auxílio de escopia

Aposição de fixador externo

Sutura de pele

## Fechamento:

## Curativo

OBS: Manter no internado para antibioticoterapia e segundo tempo cirúrgico

Data: 22 / 04 / 2019

EDUARDO PAZELLI  
MÉDICO  
CRM 1146

MÉDICO/CRM



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>Toracina B. de Oliveira queiroz do Silva</i>						PRONTUÁRIO N°
DIÁDE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO	<i>16. 1406.</i>
56	W.					
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
<i>22/04/19</i>		<i>16/05/19</i>				
DIAGNÓSTICO INICIAL						
<i>Frx dos ossos do punho (D) 5.82.</i>						
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO						
<i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
<i>—</i>						
PRINCIPAIS EXAMES						
<i>Raios X + Ex. Físico + amuno 58</i>						
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Procedimento feito para retirada de fratura dos ossos do punho (D) foi substituído e encurtamento cirúrgico com parafuso de 5x20mm e o osso faltante de.</i>						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATHOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CRIAÇÃO DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO						
RESULTADO BACTERIOLÓGICO						
CONDICIONE DE ALTA: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO						
RESTAURACIONAL HISTÓRICO EVOCAÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES: <i>paciente encontra-se em B56, sem dor alguma. aguardando sobre os cuidados pós-operatório, mencionado acima no procedimento de acompanhamento ambulatório.</i>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: <i>Líquido.</i>						
REPOUSO: Relativo em casa por <u>15</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>15</u> dias e com esforço maior em <u>90</u> dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>analgesico + antiflúido + antiinflamatório.</i>						
RETORNO Ao posto de saúde em <u>40 dias</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>outro地方</u> em 30 dias para revisão.						
DATA: <i>16/05/19.</i>						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						
<p style="text-align: right;"><i>Dr. Klenio Farias da Nóbrega Res. Ortopedia e Traumatologia CRM-DF 00094 CRM</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Dr. Teófilo</i></p>						

## **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 PERNAS DIREITA (2 inc.)

## **Laudo Radiológico**

- Controle de redução de fratura na tibia e na fibula.

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 PERNAS DIREITA (2 inc.)

## Laudo Radiológico

- Controle de redução de fratura na tibia e na fibula.

João Pessoa, 11 de Outubro de 2019

  
Dr. Caio Mario de Medeiros  
CRM 3645

## 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

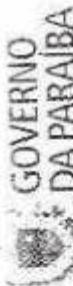
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A

09 AGU. 2019

PROTÓCOLO  
AO. JOÃO PESSOA



## Hospital Epidemiology and Infection Control in Thailand



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, 5  
Tel: 32165700  
CNEs: 445385

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA (MOTOR X CARRO) REFERIU DOR NA PERNAS E DOR NA CINTURA.

MEDICACIÓN

**MELICACAU**  
**SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLÀ 5ML). ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (NGTSM)**

500

2002 - 2003: *Postdoctoral Researcher* at **INSTITUTE FOR ADVANCED STUDY**, PRINCETON, NJ, USA.

380

CONDENSANTE DNA 2ME/ML (AMPOLLA 2ML), DILUIDIR 4,0 ML.

ORÇAMENTO DA UNIÃO - 2019

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assunto: Parecer Médico - Atendimento de Emergência

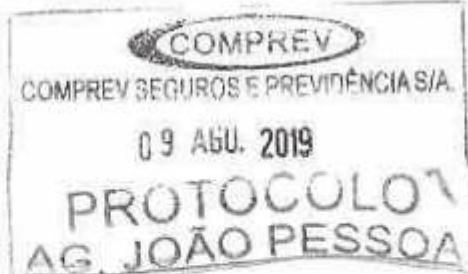
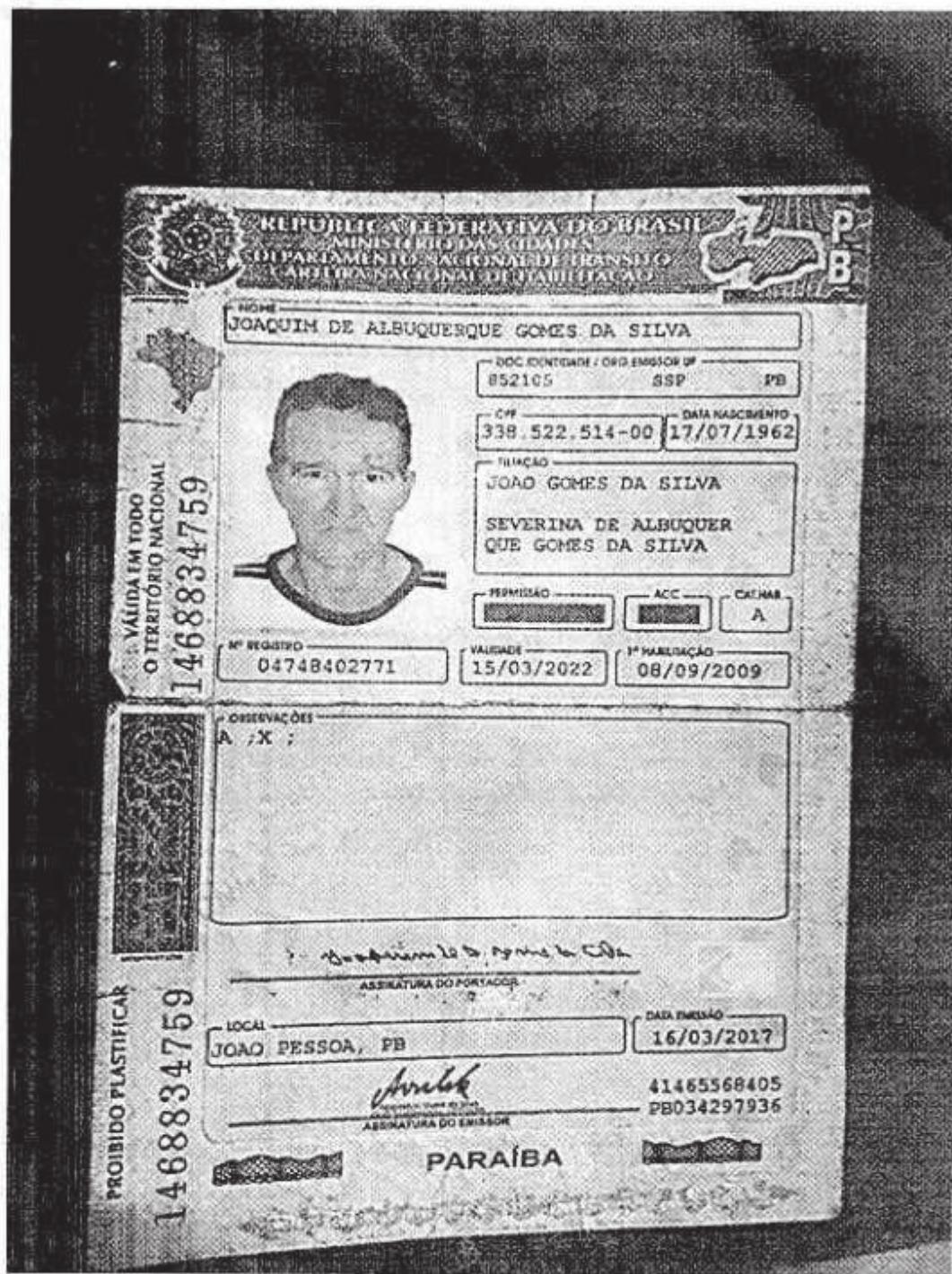


GOVERNO  
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA	56A 9M 5D	52285
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Permanência na Unidade
1157545	22/04/2019 13:30:40	11 min
Convênio	Leito	Permanência no Leito
SUS	Clinica	
	CIRURGIA GERAL	
Parecer médico	Profissional	
Especialidade	Profissional	
ORTOPEDIA		
Motivo da solicitação	Data da Solicitação:	22/04/2019 13:41:49
TRAUMA		
Parecer	Data de Resposta:	

Lenilson Borges de Araújo  
CRM 3131





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 AGO. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 AGO. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Nº 014201576500

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA: 01/09/2018 | HORA: 10:00 | EXERCÍCIO: 2018

PLACA	1 0107158770-9	DATA	09/000000000 2018
CORE	JACOBIM DE A. G. DA SILVA		
OC	330522-1400		
4	PLACA	OPA5041/PB	
3	DATA ANTO: 09/000000000	CHASSI	9G24C7210CR010230
2	NOVO	ENH	ALCOOL/GASOL
1	FABRICADO: 09/000000000		
0	COR: PRETO / MARCA: HONDA / MODELO: CBR 250R		
9	CATEGORIA: C1		
8	CÓDIGO PREDOMINANTE: BRANCO		
7	COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA
6	I		00/00/0000
5	P		1 <sup>o</sup>
4	V		2 <sup>o</sup>
3	A		3 <sup>o</sup>
2	PAGAMENTO / COTAS		
1	***** * * * * * SEGURO PAGO 14/09/2018		
0	OBSERVAÇÕES		
9	P. P. BANCO HONDA S/ARTE OBRIGATÓRIO		
8	NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA		
7	LOCAÇÃO		
6	JOÃO PESSOA - PB		
5	DATA		
4	14/09/2018		
3	40581		
2	40894		
1	09/09/2018		
0	09/09/2018		

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 AGO. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DETAN - PB		Nº 014201575337	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
NOME		DATA: 2011-09-04 1947h	
ENDERECO		CNPJ: 001188900019470	
CÓD. ESTADO		1 0107758720 9 00/00000000 2018	
NOME			
JOAQUIM DE A. G. DA SILVEIRA			
CÓD. ESTADO		PLACA	
33852251400		OFA5041/PB	
PLACA ANT. (UF)		CHASSI	
NOVO		PR-190046221000010230	
CATEGORIA DE TIPO		COMPOSTURA	
PAS / MOTOCICL / BIC / PEG / PEG		ALCOOL / GASOL	
VEHICULO / MOTO		MOTOR / VENDO	
CAB / POT / CIL		CATEGORIA	
2 P/162 /CI		PARTIC	
COTA UNICA		COTA PREDOMINANTE	
00/00/0000		BRANCA	
IPVA		VENC. COTA UNICA	
FADA / PVA		VENC. COTA UNICA	
***** 0		VENC. COTA UNICA	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURADO		DATA DE PAGAMENTO	
JOÃO PESSOA - PB		15/09/2018	
OBSERVAÇÕES			
A. E. BANCO HONDA S. ARTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VENDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOGAN		DATA	
14/09/2018		10899	
40381			

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**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**

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

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).

# RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373296/19

**Vítima:** JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA

CPF: 338.522.514-00

CPF de: Próprio

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/04/2019

**Titular do CPF:** ALBUQUERQUE GOMES

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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 Almeida G. da Silva brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão serviços gerais residente e domiciliado à Rua Manuel Joaquim de Britto nº 18, 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:** Alessandra Lúcia Duarte brasileiro(a), estado civil casado, profissão aposentada, residente e domiciliado(a) à Rua Dom P. Freitas, nº 157, bairro Manoel Góis, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB Cep: 58056-384 portador (a) do RG nº 602.77.18 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 Almeida G. da Silva ocorrido em 22/04/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalido.

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.



Outorgante  
CPF N° 338.522.541-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Joaquim de Almeida G. da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão serviços gerais, residente e domiciliado à Rua Manuel Góes, nº 48, bairro Cruz dos Anjos, Município de São Luís, Estado de(o) PB, Cep: 58085-650, portador(a) do Rg nº 852105, SSP/PB e CPF nº 338.522.541-00

**Outorgado:** Alessandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão administradora, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos Ferreira, nº 357, bairro Mamanguape, Município de São Luís, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.77.18, 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 Almeida G. da Silva, ocorrido em 22/04/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza imvalidz.

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 Resende

30, de Julho

de 2019.



outorgante

CPF N° 338.522.541-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL



FAZ JURAMENTO NUNTHENI, ANGELINO DE SOUSA, C.R.P. 30010-002, JOÃO PESSOA - PB - TELEFONE: (83) 3221-4076  
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA, [124923], J. Pessoa - PB,  
30/07/2019 15:01:32 Emol R\$9,91 Farpan:R\$0,29  
Fepis:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabelia  
CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo Digital A1Y19755-T6L  
Consulta em <https://estatutaria.tabelionato6.com.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271691/19

**Vítima:** JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA

**CPF:** 338.522.514-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/04/2019

JOAQUIM DE

**Titular do CPF:** ALBUQUERQUE GOMES

DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/04/2019

JOAQUIM DE

**Titular do CPF:** ALBUQUERQUE GOMES

DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

33852251400

Jacquin de Albuquerque 6.º da Silva

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

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Profissão:

Número:

Bairro:

Complemento:

Cruz das Armas

Cidade:

Estado:

CEP:

João Pessoa

58085-650

E-mail:

TELEFONE:

(83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RISCO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Bancos abaixo)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1033

CONTA: 312162

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

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 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 Invalidez Médico-Legal (IML) para obtenção 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 de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, e, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica a clínica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Leis 11.904/09, art. 3º, §1º, que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar da sua constatação.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  União estável  Separado judicialmente  Viúvo  Divorciado (separado)

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos

Vítima de IML

Sim

Não

Vítima deixou filhos?

Sim

Não

Vítima deixou filhos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte da vítima, de acordo com o que consta no laudo de IML e o que consta na constatação de óbito, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou desacordo na constatação de óbito não poderá levar a que a Seguradora Lider não pague a indenização, devendo a responsabilidade criminal ser daquele que omissão ou desacordo fez.

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher entre pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e idosas, comprovando-lhe se é maior e capaz, dentro do conteúdo, antes da preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

TRABALHOS DE SEGUNDA-FEIRA A SÁBADO, APOS

211-816103030-6

30/JUL/2019

HORA OF 12:11:07

LOT. 13.823221-1 TERM 061947  
LOCALIDADE: JOÃO PESSOA  
AG. VINCULADA: 1033 CONTROLE: 211402495

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL

NAME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA  
AGÊNCIA: 1033  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DV: 000.000.112.162-8  
DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LOTERIAS CAIXA

211-816103030-6

19 VIA





CAIXA ECONOMICA FEDERAL

JNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

211-816103030-6

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

NAME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA  
ADÉNCIA: 1033  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DY: 000.000.112.162-0  
DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LOTERIAS CAIXA

211-816103030-6

3019 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 João 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) Fato(s):**

Local: Rua José 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.

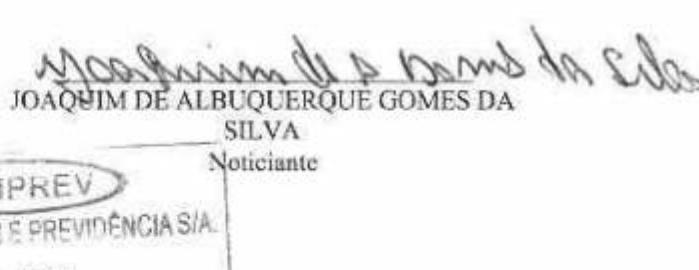
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

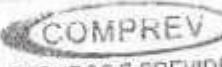
QUE NA MANHÃ DO DIA 22/04/2019, POR VOLTA DAS 10:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR BRANCA, ANO 2015, PLACA OFA-5041/PB, CHASSI 9C2KC2210GR010230, NA RUA JOSÉ TAVARES, CRISTO, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DE UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA PARADO 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 MEDICO 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, expoço 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  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
Procedimento 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, CRISTO, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DE UM VEICULO 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 MEDICO 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  
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 AGU. 2019

PROTÓCOLO  
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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

33852251400

Jacquin de Albuquerque 6.º da Silva

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

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Profissão:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Cruz das Armas

João Pessoa

58085-650

E-mail:

TELEFONE:

(83) 986634900

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

RENDA MENSAL:

RENDA INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Bancos abaixo)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1033

CONTA: 312162

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

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 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 Invalidez Médico-Legal (IML) para obtenção 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, e, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica a clínica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Leis 11.904/09, art. 3º, §1º, que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar da sua constatação.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  União estável  Separado judicialmente  Viúvo  Divorciado (separado)

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos Vivos: Falecidos: Vítima de IML:  Sim  Não Vítima deixou filhos:  Sim  Não Falecidos: VÍTIMA:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso houver, a indenização do Seguro DPVAT por morte simples, de forma direta, ao beneficiário, estando nascido, ainda, de que qualquer comissão ou deságio não será feita, e a mesma poderá ser cobrada, caso o beneficiário não esteja de acordo com a responsabilidade criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

TRABALHOS DE SEGUNDA-FEIRA A SÁBADO. APOS

211-816103030-6

30/JUL/2019

HORA OF 12:11:07

LOT. 13.823221-1 TERM 061947  
LOCALIDADE: JOÃO PESSOA  
AG. VINCULADA: 1033 CONTROLE: 211402495

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL

NAME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA  
AGÊNCIA: 1033  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DV: 000.000.112.162-8  
DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LOTERIAS CAIXA

211-816103030-6

19 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:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

33852 514-00 Jacquin de Albuquerque G. da Silva

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

Nome completo:

Endereço:

CPF:

Nº:

Complemento:

Jacquin de Albuquerque G. da Silva

Profissão:

Cidade:

Estado:

CEP:

Recluso

Rua Evangelista de Brito

Zip Code:

Bairro:

João Pessoa

DDD:

Cruz das Armas

CEP:

Telephone:

E-mail:

38085-650

(83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,01 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.001,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Bancos abaixo):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1033

CONTA: 312162

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de exata)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, a vanta da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recusando-me e declaro, desde já e isonomicamente após a efetivação do crédito, quitação total da dívida vencida.

## 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 assimilado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento que apresente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.474/06, art. 39, §2º, declarando que não autorizo a não liberação da prova, concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso constate a sua veracidade.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  União estável  Separado judicialmente  Viúvo  Viúvo (caso de falecimento)

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos:

Vivos:  Falecidos:

Vítima deixou ou

herdeiro(a) vivo(a):

Sim

Não

N/A

Vítima deixou

Sim

Não

falecidos vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso houver, a indenização à beneficiário(a) que se achar que a vítima está com vida, estando certo, ainda, de que achar que a vítima não está viva ou de que não haja beneficiário(a) é a responsabilidade criminal do infrator, art. 299 do Código Penal.

Local e Data:

Joná Pessoa - PB 08/08/2019

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A RG/CGC

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG/CGC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a data, hora e círculo 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

JNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

211-816103030-6

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

NAME: JOAQUIM DE ALBUQUERQUE GOMES DA SILVA  
ADÉNCIA: 1033  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DY: 000.000.112.162-0  
DATA DA ABERTURA: 30/07/2019

LOTERIAS CAIXA

211-816103030-6

3019 VIA




**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	Pronome 52265
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 708101574189734		
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/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	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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA 130 x 80 mmHg Fuso 101 Temperatura 37,2 = 9a

**Exames complementares**

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

Dados clínicos  
 Paciente vindo pelo Atendimento vitimado de  
 acidente de motocicleta consciente  
 orientado e fratura no MID + escoria-  
 ções enc. P/ exame

Diagnóstico

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS S/A  
 09 AGU. 2019  
 PROTOCOLO 1  
 AG. JOÃO PESSOA

Imprimir



© Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Henrique 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 Protestante 52285
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 Crs 708101574189734	
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO-R

**Endereço**

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

### Admissão

Agrupador		
Data e Hora 22/04/2019 13:30:40	Número da pulseira <b>1000007555816</b>	Convênio SUS

Especialidade: Clínica  
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco: **1** Origem do paciente: **RUA**

Detalhe do acidente  
VEICULO Q X MOTO

## Indicadores e Transporte

Indicadores e Transporte			
Caso policial	Piano de saúde	Voo de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não

Meio de transporte: **RESCATE - BOMBEIROS** Quem transportou:

## Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg      Pulse 101      Temperature 36.2 = 90

### Exames complementares

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

Paciente vindo pelo Resgate vítima de  
acidente de motocicleta consciente  
orientado e fratura no M1D + escoria-  
ção enc. P/ exame

Diagnóstico **COMPREENDIDO**

Atendido por: **PRISCILA JORGE DA SILVA** | COMPRA SEGUROS E PREMIOS NA CASA | 10 min. 0 Seg.

**Imprimir**

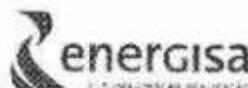


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento em versão fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Protocolo para identificação remota da nota fiscalizada do ato que abriu o N° 028.333.126



energisa PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 232, Km 29 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 55071-480  
CNPJ 23.095.183 / 0001-48 - 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

### APRESENTAÇÃO

### CONSUMO

### VENCIMENTO

### TOTAL A PAGAR

JUL/2019

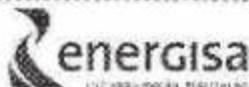
19/07/2019

168

26/07/2019

R\$ 150,11

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotativo: 12-005-232-0450

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/SEGURAS E PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2019

PROTÓCOLO<sup>1</sup>  
AG. JOÃO PESSOA

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Av. ... Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-970 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

68164810

DATA DA FOLHA

11/11/2018

FOLHA DE PAGAMENTO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
001.014.230-0192-0000	0000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
VALOR FOLHA	00-08-2018	ESTACAO DE AGUA	ABERTO	ABERTO

ANTERIOR	ATUAL	DECRETO	DEZ. DE 2018	PROXIMA LEITURA
1336	1336	10	23	05/11/2018
INST. CONS. /ANOS	FEIT. / QUALIT.	ÁGUA - ANO	20	PORT. 05/2017 HS
SET/2018	10	00	PARÂMETROS	EXIG. MÍNIMA CONFORMES
AGO/2018	11	00	TURBIDEZ	0
JUL/2018	1	00	CLORO	0
JUN/2018	12	00	COL. TERRÍT.	0
MAR/2018	13	00	CO2	0
ABR/2018	14	00	COV. TOTALE	0
DEZ/2018	19	00	IMÓV. REFERENCIAS ANO/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 04/11/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 09:56:39
DESCRIÇÃO	
ÁGUA	
REF. IMPRESSÃO: 1 UNIDADE: 52 CONSUMO DE ÁGUA	10.93
ESGOTO	
	37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS + R\$ 00,00 FEE = R\$ 3,51
ENCERTE: 02/11/2018

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICÃO DE FATURAMENTO: MÉDIA DO MÉTODO TIPO DE TARIFA: 1INFORMAÇÕES GERAIS:  
QUANDO A TARIFADA É REFERENCIAL NÃO TEM VIGÊNCIA GANHADACOMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

09 AGO. 2019

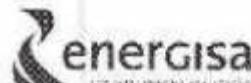
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.

Documento não é exequível via da justiça.

Positivo para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 028.233.126



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Ceará Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660  
CNPJ 09.080.183/0001-48 - Insc Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CONSUMIDOR

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2019

19/07/2019

168

26/07/2019

R\$ 150,11

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-985-292-0450

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/07/2019	R\$ 150,11	1698358-2019-07-D

COMPREV

COMPREV/SEGURANÇA/PROVIDÊNCIA S/A

09 AGO. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA