
Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **RENATO JOSE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000004823**

Conta: **0000017281-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: R. Prof. Normia Ribeiro 9 - Número: 28 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 17284
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: 04 OUT. 2019
CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: FRUÍDOLO
CPF: 13 JOÃO PESSOA
Assinatura da testemunha

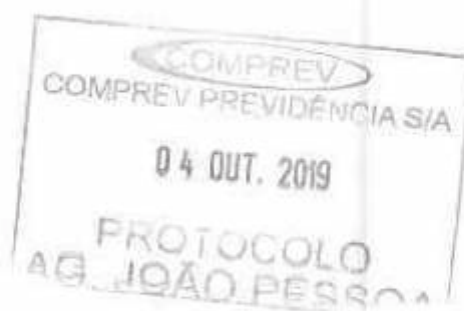
40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Renato José de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Remato gas - de Oliveira





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10542.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10542.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:17 horas do dia 12 de setembro 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 **Renato Jose de Oliveira**, CPF nº 012.734.274-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Francisca Gomes de Oliveira e Severino de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noemia Ribeiro, Nº 28, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-1752.

Dados do(s) Fatos:

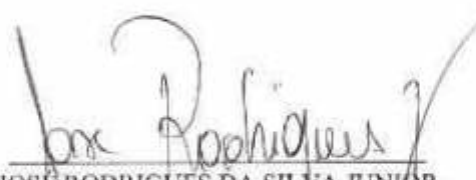
Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Xx, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/19 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

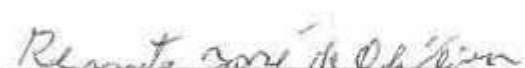
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

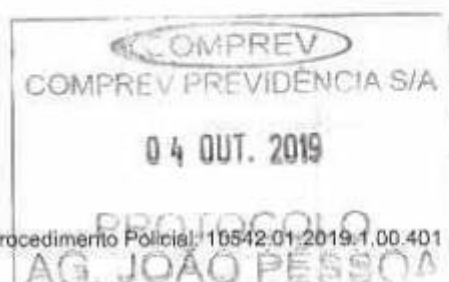
QUE NO DIA 11/02/2019, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUZUKI YES DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLACA NPX-2330/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M290651, REGISTRADA EM NOME DE JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE, NA RUA FLODOALDO PEIXOTO FILHO, VALENTINA, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA LESÃO DE TENDÃO PATELAR, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 11/02/2019, CONFORME CERTIDÃO 1360/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 12 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RENATO JOSE DE OLIVEIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 10542.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: R. Prof. Normia Ribeiro 9 - Número: 28 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 17284
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura do beneficiário ou representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: 39 - 2º Nome:
CPF: Assinatura da testemunha
CPF: Assinatura da testemunha

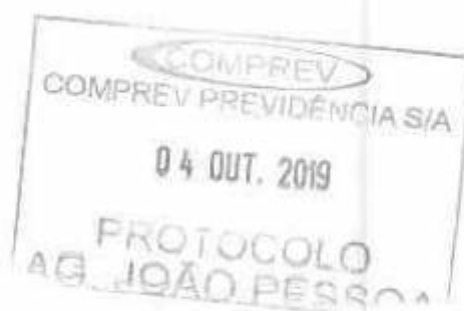
40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Renato José de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Remato gas - de Oliveira



CIUDA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nº: 2019.02

Local: São Paulo

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI

Data: 11/02/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:03:11

33056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3714-1980

Recepcionista: CLAUDIA PEREIRA

FAX: - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2019.02.001373

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA

Q/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bom [] Grave

FO: TP:

[] Politraumatizado [] Complicado

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dificuldade

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2: 2

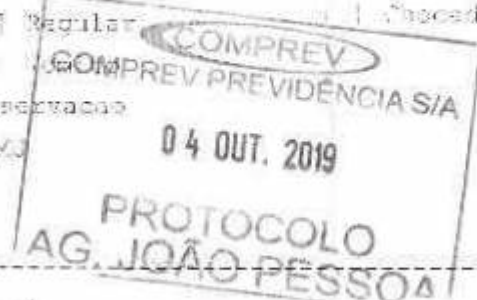
[] Regular [] Sacado

Lesão Principal:

QUEDA DE MOTO

Observacao

SAKU



Historia - Exame Fisico - Hora de atendimento medico:

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de quadril D. Apresenta, Eq. Mgs. sem alteração de consciência. ABO: blood + circulador.

Diagnóstico

MV @ M. RA.

Neop. de glândula.

1) Solicita Rx

Prescrição

Medicamentos de indicação

SAT Olang IM

Observações por 2h

Tipificação 2ce + AD EV

2) Indicação de ortopedia

Dra. Inara Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

Henry J. H.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0404

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 5572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar ①

Medicamentos | Dose | Horário | Evidência

① AO Bloca

② Clazolus 2g + ADEU

③ Tramal 100mg + SPDA

PROCEDIMENTO REALIZADO

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferência

COMPREV/PROVIDÊNCIAS

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Emergência

04 OUT. 2019

☐ Acesso

☐ SVD

Assinatura do Paciente/Responsável

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000017281-0

Nr. da Autenticação 6FD7E5D4656D8EC3

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é requerente de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. N° 929.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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://www2.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 dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

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

Renato José de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 0273427459

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renato José de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.734.274/59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

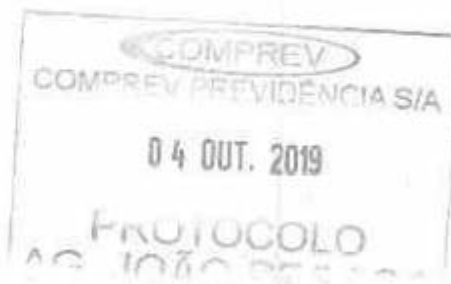
☒ Recuso informar

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>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adailton da Silva Silvestre
RG nº 1790 835, data de expedição 18/06/18
Órgão SSDS - PB portador do CPF nº 109.640.788-96 com
domicílio na cidade de Rio Tinto no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ave. Santa Elizabeth nº 51N
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Remato Jose de Oliveira o condutor era
Remato Jose de Oliveira

Veículo: moto
Modelo: SUZUKI YES
Ano: 2009
Placa: NPX 2330/PB
Chassi: 9CDNF41239M290653
Data do Acidente: 23-02-19
Local e Data: 2000 Russos, 27-09-19

Jose Adailton da Silva Silvestre
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA ARCELINO KURTSCHEK, S/Nº - CENTRO CEN - CEP 50075-001 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO - TEL/FAX: (81) 3031-4070
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ADAILTON DA
SILVA SILVESTRE, [35544], J. Pessoa - PB, 27/09/2019 13:34:38
Emol R\$9,91 Farpens R\$10,29 Fepis R\$1,98, ISS R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PESSOA SILVA
Selo Digital AJE99482-M02X Consulte em
<https://seloindigital.tribunaonline.com.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 1360/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 Nº205062 e Prontuário Nº 2019.02.1373 pertencentes ao paciente **RENATO JOSE DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 11/02/2019 às 17H03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

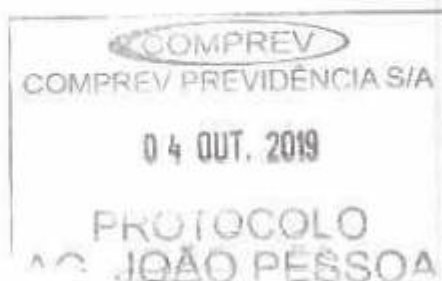
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura lesão de tendão patelar. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/02/2019. Com alta médica dia 13/02/2019.

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

João Pessoa, 19 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



CIUDA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nº: 2019.08

Local: São João

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI

Data: 11/02/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:03:11

33056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3714-1980

Recepcionista: CLAUDIA PEREIRA

FAX: - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2019.02.001373

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA

Q/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bom [] Grave

FO: TP:

[] Politraumatizado [] Complicado

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Difícil

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2: 2

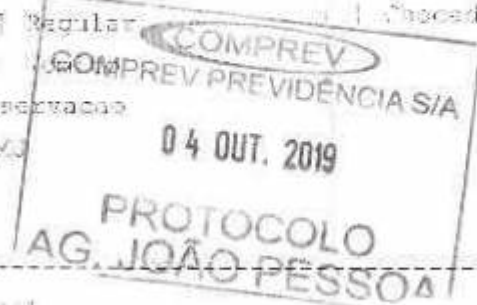
[] Regular [] Sacado

Lesão Principal

QUEDA DE MOTO

Observacao

SAKU



Historia - Exame Fisico - Hora de atendimento medico:

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de quadril D. Apresenta, Eq. Mgs. sem alteração de consciência. ABO: Rh+ e Rh-.

Diagnóstico

MV e M. RA.

Neop. de glândula.

Prescrição

SAT O2 em IM

Observações por 2h

Tratamento 2ce e AD EV

1) Solicitar Rx

2) Avaliação da ortopedia

Dra. Inara Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

Henry J. H.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0404

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar ①

Medicamentos | Dose | Horário | Evidência

① AO Bloca

② Clazolus 2g + ADEU

③ Tramal 100mg + SPDA

PROCEDIMENTO REALIZADO

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Transferência

☐ UTI

☐ Alta a pedido

☐ Emergência

☐ Acesso

☐ SVD

04 OUT. 2019

Assinatura do Paciente/Responsável

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

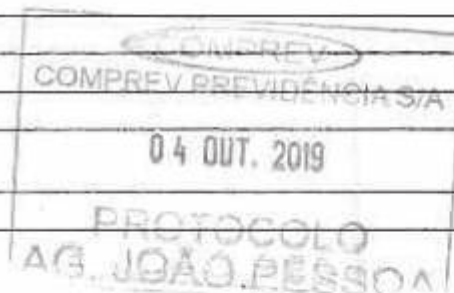
Nome: Leandro José da Silva Data de Admissão: 11.2.19
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Atenção com o paciente
em um quarto
em um quarto

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Ta

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

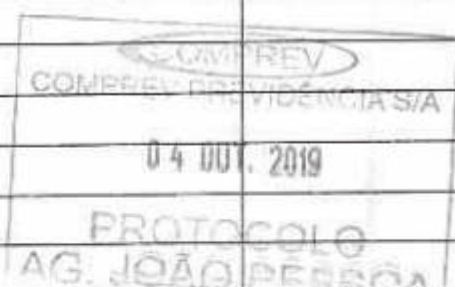
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Ronald José de Moraes</i>				Registro: <i>1502/19</i>	
Idade: <i>45</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>Dr. Carvalho</i>	EMP: <i>Valde</i>	LR: <i>Valde</i>
Data: <i>11/02/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Carvalho</i>			1º Assistente: <i>Valde</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: <i>I:</i>	<i>T:</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Corte contínuo na</i>					
<i>face D resão de</i>					
<i>lanço pulc</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Ovarios</i>					
					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>RNCT - Transcorte</i>					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		Descreva:	
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1st Vela D D H sol
Apropria e h. separa
Trombosa de campo

Incisão:

Achados:

Lesão de Tendo

Conduta:

Realizado h. MC +
mto + Tenografia
Ten não palpável

Fechamento:

Sutura e Curato

OBS:

Revisão por h.
Análise da lesão

Data:

11.2.19

Dr. Valdean Carvalho
Médico - CRM 7692
CNS 206346990900
MÉDICO/CR



OUTRO MEDICAMENTO RESUMO DE ALTA

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEÚTICA, COMPLICAÇÕES)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

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:

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina e Profenid.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (d. FCO. KARTNEY)

13/02/2019

DATA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OCT. 2019

ASS. MEDICO / C.R.M.

15/02/2019 DATA 04 OUT. 2019 ASS. MEDICO / C.R.M. Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.421.230 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	05/11/2018
NOME	RENATO JOSÉ DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	SEVERINO DE OLIVEIRA FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1978
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº7912 - LIV. A-9 - FLS. 19-V - CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB
CPF	012.734.274-59
A+	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
FRUTULOSO
AG. JOÃO PESSOA

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

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. REMISSÃO / ORG. EMITENTE DO
 2627718 SEP PB

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

PERMISO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PRIMEIRO
 [REDACTED]

ACR
 [REDACTED]

CALHA
 5

Nº REGISTRO
 01851245668

VALIDADEZ
 16/01/2019

1ª EMISSÃO
 29/06/2001

ORIENTADOR
 [REDACTED]

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA PORTADORA

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

Rodrigo Corrêa Lima
 ASSINATURA DO EMISOR

66588356744
 28027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894056231

PROBADO PLAZIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 04 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Adailton da Silva Silvestre
RG nº 1790 835, data de expedição 18/06/18
Órgão SSDS - PB portador do CPF nº 109.640.788-96 com
domicílio na cidade de Rio Tinto no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Ave. Santa Elizabeth nº 51N
complemento _____ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Remato Jose de Oliveira o condutor era
Remato Jose de Oliveira

Veículo: moto
Modelo: SUZUKI YES
Ano: 2009
Placa: NPX 2330/PB
Chassi: 9CDNF41239M290653
Data do Acidente: 23-02-19
Local e Data: 2000 Russos, 27-09-19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA ARCELINO KURTSCHEK, S/Nº - CENTRO CEN - CEP 50075-401 - JOÃO PESSOA - PERNAMBUCO - TEL/FAX: (35) 3031-4070
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSE ADAILTON DA
SILVA SILVESTRE, [35544], J. Pessoa - PB, 27/09/2019 13:34:38
Emol R\$9,91 Farpens R\$10,29 Fepis R\$1,98, ISS R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PESSOA SILVA
Selo Digital AJE99482-M02X Consulte em
<https://seloindigital.tribunaonline.com.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | 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://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Renato José de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 0273427459

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Renato José de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.734.274/59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

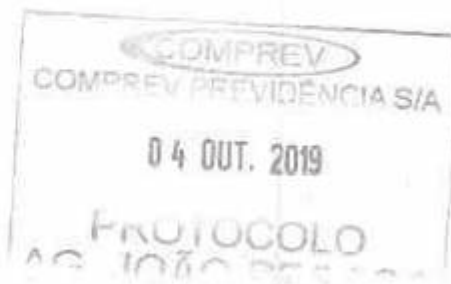
☒ Recuso informar

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>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é requerente de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. N° 029.064.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI

Data: 11/02/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:03:11

33056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3714-1980

Recepcionista: CLAUDIA PEREIRA

FAX: - CNPJ:

Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2019.02.001373

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA

Q/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bom [] Grave

FO: TP:

[] Politraumatizado [] Complicado

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dificuldade

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2: 2

[] Regular [] Sacado

Lesão Principal:

QUEDA DE MOTO

Observacao

SAKU

04 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - Hora de atendimento: medico

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de quadril D. Apresenta, Eq. M. Inferior e perda de consciência. ABO: Rh+ e Rh-.

Diagnóstico

MV e M. RA.

Neop. de glândula.

1) Solicitar Rx

Prescrição

Medicamentos de indicação

SAT Olamp IM

Oxigenio por 2h

Nipumano 2cc x 40 EV

2) Indicação de ortopedia

Dra. Inara Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

Henry J. H.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0404

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar ①

Medicamentos | Dose | Horário | Evidência

① AO Bloca

② Clazolus 2g + ADEU

③ Tramal 100mg + SPDA

PROCEDIMENTO REALIZADO

④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Emergência ☐ Acesso ☐ SVD

COMPREV
COMPREV/PROVIDÊNCIAS
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: R. Prof. Normia Ribeiro 9 - Número: 28 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beizel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 17284 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital do requerente
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF: 04 OUT. 2019 Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

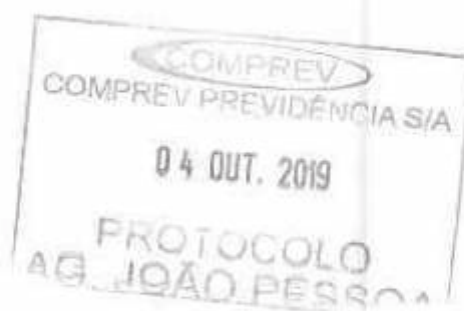
40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Remato gas - de Oliveira





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10542.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10542.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:17 horas do dia 12 de setembro 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 **Renato Jose de Oliveira**, CPF nº 012.734.274-59, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Francisca Gomes de Oliveira e Severino de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noemia Ribeiro, Nº 28, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-1752.

Dados do(s) Fatos:

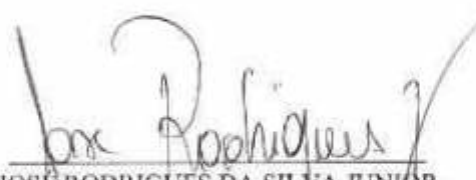
Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Xx, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/02/19 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

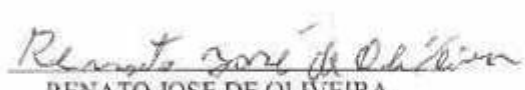
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

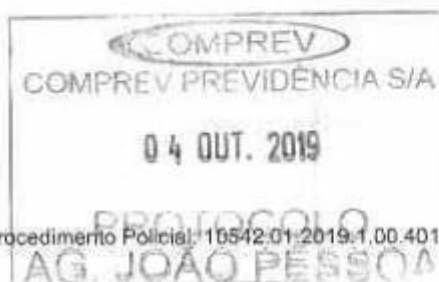
QUE NO DIA 11/02/2019, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUZUKI YES DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLACA NPX-2330/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M290651, REGISTRADA EM NOME DE JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE, NA RUA FLODOALDO PEIXOTO FILHO, VALENTINA, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA LESÃO DE TENDÃO PATELAR, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 11/02/2019, CONFORME CERTIDÃO 1360/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, 12 de setembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


RENATO JOSE DE OLIVEIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 10542.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 012.734.274-59 4 - Nome completo da vítima: Renato José de Oliveira

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

5 - Nome completo: Renato José de Oliveira 6 - CPF: 012.734.274-59
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: R. Prof. Normia Ribeiro 9 - Número: 28 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beisel 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58075-210
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: (83) 98663 4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 17284 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF: 04 OUT. 2019 Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

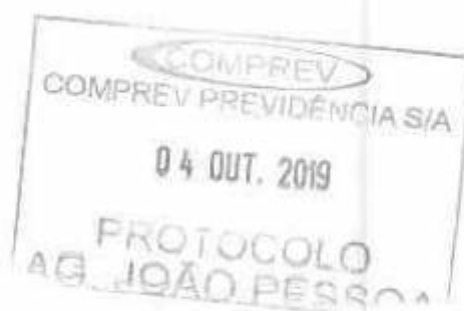
40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Renato José de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Remato gas - de Oliveira



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190567995

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATO JOSE DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%	
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$ 843,75

Recebedor: **RENATO JOSE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000004823**

Conta: **0000017281-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000017281-0

Nr. da Autenticação 6FD7E5D4656D8EC3

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345083/19

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

CPF: 012.734.274-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

RENATO JOSE DE OLIVEIRA : 012.734.274-59

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: 04/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Renato José de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Repórter, residente e domiciliado à Rua Manoel Nogueira Ribeiro nº 28, bairro Geisel, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.075-230, portador(a) do Rg nº 2421230, SSP/PB e CPF nº 02.734.274-59.

Outorgado: Alexsandra Garçon Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Escal J. Costa Duarte nº 157, bairro Namã Sabina, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.056-384, portador(a) do RG nº 262778, SSP/PB e CPF nº 046.502.724-74.

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) Renato José de Oliveira, ocorrido em 11/02/19, 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.

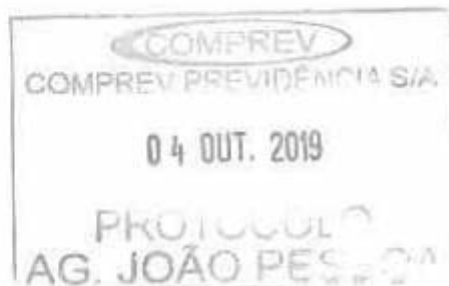
João Pessoa, 27 de setembro de 2019.

1º OFFÍCIO
DISTRITAL



Renato José de Oliveira
Outorgante
CPF nº 02.734.274-59

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567995 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E TENORRAFIA. P6/7
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

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

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. RENOVADA / OUT. EXPIRAÇÃO
 2627718 SEP 19

CNPJ
 046.502.754-74 21/08/1982

PERMISO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISO
 000000000000000000000000

ACE
 000000

CALAGEM
 5

Nº REGISTRO
 01851245560

VIGÊNCIA
 16/01/2019

1ª EMISSÃO
 29/06/2001

ASSINATURA
 Alexandra Cesar Duarte

ASSINATURA FOTOGRAFADA

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

ASSINATURA
 Rodrigo Corrêa Lima

66588356744
 PB027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894056231

PROBADO PLAZETIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 04 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 1360/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 Nº205062 e Prontuário Nº 2019.02.1373 pertencentes ao paciente **RENATO JOSE DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 11/02/2019 às 17H03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior direito.

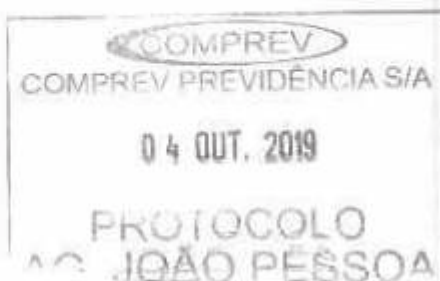
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura lesão de tendão patelar. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/02/2019. Com alta médica dia 13/02/2019.

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

João Pessoa, 19 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURATTI

Data: 11/02/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 17:03:11

33056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3714-1980

Recepcionista: CLAUDIA PEREIRA

FAX: - CNPJ:

Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2019.02.001373

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2421230 Fone: 937895219

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/05/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ERNANI PINTO DE CARVALHO, 235

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA

Pai: SEVERINO DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX ESPOSA - FLAVIA

Q/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bom [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Complicado

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dificuldade

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2s: 2

[] Regular [] Sacado

Lesão Principal:

QUEDA DE MOTO

Observacao

SAKU

04 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - Hora de atendimento: medico

Paciente vítima de queda de moto no ± 2h com queixa de dor e limitação de movimento de quadril D. Apresenta, Eq. M. Inferior e perda de consciência. ABO: blood + indolente.

Diagnóstico

MV @ M. RA.

Neop. de quilo.

1) Solicita Rx

Prescrição

Medicamentos indicados

SAT Olamp IM

Oxigenio por 2h

Nipumano 2ce + AD EV

2) Audição da ortopedia

Dra. Inara Lúcia
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

Henry J. H.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO | Assinatura e Carimbo

18:25 #0404

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Pt com ferimento no joelho
com corte contuso com lesão
tendão patelar ①

Medicamentos | Dose | Horário | Evidência

- ① AO Bloca
- ② Afazolus 2g + ADEU
- ③ Tramal 100mg + SPDA
- ④ SAT 5000 US Li

Dr. Valdebar
Médico - Cirurgia
CNS 206346

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Emergência ☐ Acesso ☐ SVD

COMPREV
COMPREV/PROVIDÊNCIAS
04 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Amir C. Habig

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leandro José da Silva **Data de Admissão:** 11.2.19
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Atenção: A queda de peso com orelhas e um joelho

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 04 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ **Outros:** _____

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

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

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

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Ta

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

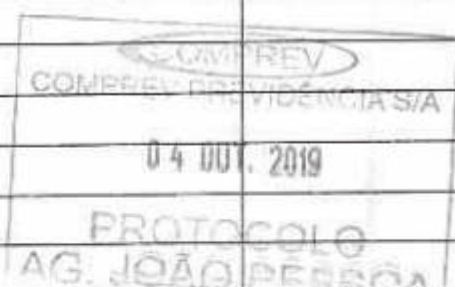
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Ronald José de Moraes</i>				Registro: <i>1502/19</i>	
Idade: <i>45</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>Dr. Carvalho</i>	EMP: <i>Valde</i>	LR: <i>Valde</i>
Data: <i>11/02/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Carvalho</i>			1º Assistente: <i>Valde</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: <i>14h</i>	T: <i>16h</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Corte contínuo na</i>					
<i>face D resão de</i>					
<i>tanço pulc</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Ovarios</i>					
					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>RCT + Tumor</i>					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim		Descreva:	
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1st Vela D D H sol
Apropria e h. separa
Trombosa de campo

Incisão:

Achados:

Lesão de Tendo

Conduta:

Realizado h. MC +
mto + Tenografia
Ten não palpável

Fechamento:

Suturas Curas

OBS:

Revisão por h.
Análise da lesão

Data:

11.2.19

Dr. Valdean Carvalho
Médico - CRM 7692
CNS 206346990900
MÉDICO/CR



OUTRO MEDICAMENTO RESUMO DE ALTA

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEÚTICA, COMPLICAÇÕES)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

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:

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou um "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina e Profenid.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. (d. FCO. KARTNEY)

13/02/2019

DATA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OCT. 2019

ASS. MEDICO / C.R.M.

DATA 04 OUT. 2019 ASS. MEDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.421.230 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	05/11/2018
NOME	RENATO JOSÉ DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	SEVERINO DE OLIVEIRA FRANCISCA GOMES DE OLIVEIRA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1978
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº7912 - LIV. A-9 - FLS. 19-V - CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB
CPF	012.734.274-59
A+	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 OUT. 2019
FRUTULOSO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Renato José de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Repórter, residente e domiciliado à Rua Manoel Nogueira Ribeiro nº 28, bairro Geisel, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.075-230, portador(a) do Rg nº 2421230, SSP/PB e CPF nº 02.734.274-59.

Outorgado: Alexsandra Garçon Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Escal J. Costa Duarte nº 157, bairro Namã Sabina, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.056-384, portador(a) do RG nº 262778, SSP/PB e CPF nº 046.502.724-74.

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) Renato José de Oliveira, ocorrido em 11/02/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validade.

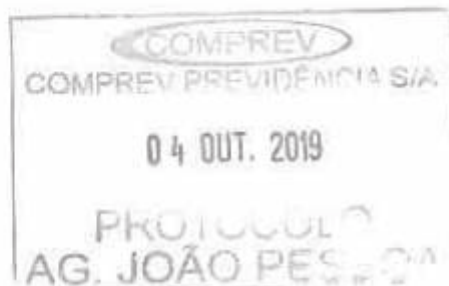
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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, 27 de setembro de 2019.

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Renato José de Oliveira
Outorgante
CPF nº 02.734.274-59

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345083/19

Vítima: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

CPF: 012.734.274-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/02/2019

Titular do CPF: RENATO JOSE DE OLIVEIRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

RENATO JOSE DE OLIVEIRA : 012.734.274-59

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: 04/10/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA