



13/07/2020

Número: **0800759-22.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **14/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|-------------------|
| RAFAEL SERAFIM DE LIMA (AUTOR) | | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 32281 833 | 13/07/2020 15:02 | 2733528_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafael Serafim de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Rafael Serafim de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 130.403.624 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ **COMPREV** **COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA** **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

☒ 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 Manoel Pereira Caiana</u> | | Número <u>58</u> | Complemento <u>Casa</u> |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>Itaperanga</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58.780-000</u> |
| Email <u>sertao.assessoria@hotmail.com</u> | Telefone comercial(DDD) <u>83/999471520</u> | Telefone celular (DDD) <u>93/996978811</u> | |

Itaperanga 10 de maio de 2018
Local e Data

x Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



1424948517
PROIBIDO PLASTIFICAR

4

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias | |
|---------------|--------------------|-----------------|---------|--------------------|------------------|-------------------------------|------------------------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | | |
| 19/08/18 | 10296 | 13/08/18 | 11360 | 1 | 49 | 29 | |
| Demonstrativo | | | | | | | |
| CCl | Descrição | Código | Tarifa | Valor Base Cálculo | Alíq. Icms (R\$) | Base Cálculo PIS/COFINS (R\$) | Valor PIS/COFINS (R\$) |
| | | | | | | | |
| 0601 | Consumo em kWh | 43.CC0.0.585A10 | 34,31 | 0,00 | 0 | 34,31 | 0,18 |
| 0601 | Atividade Vermeira | | 2,25 | 0,00 | 0 | 2,25 | 0,02 |



ANTONIO CELESTINO PEREIRA
SIT MATA VELHA, S/N - AREA RURAL
SAO JOSE DE CAIANA/PB CEP 58794000 (AQ 154)

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Emissão: 28/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subcl: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotativo: 18 - 160 - 853 - 1370 Nº medidor: 00001138928

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 13.216.441
Cód. para Dts. Automático: 00011062000

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **Set / 2018** Apresentação **28/09/2018** Data prevista da próxima leitura **30/10/2018** CPF/CNPJ/RANI **031.003.794-99**
Ins. Est. **5/1196200-9**

UC (Unidade Consumidora):
Canal de contato

| Anterior | | Atual | | Constante | | Consumo | |
|------------------------|-------------------------------|------------|---------|-----------------|------------|-----------|----------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | | |
| 30/09/18 | 9281 | 28/09/18 | 9287 | | | | |
| Demonstrativo | | | | 1 | 18 | | |
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base Calc | Alig. ICMS | Base Calc | Por(R\$) |
| 0801 | Custo de Disponibilidade | 12,57 | 0,00 | 0 | 0,00 | 12,57 | 0,16 |
| 0801 | Adic. B. Vermelha | 1,67 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1,67 | 0,01 |
| 0810 | Subsídio | 5,39 | 0,00 | 0 | 0,00 | 5,39 | 0,04 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | |
| 0804 | JUROS DE MORA 08/2018 | 0,02 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 08/2018 | 0,26 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018 | 0,01 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0809 | Devolução Subsídio | -5,15 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AL. JOÃO PESSOA





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|--|---|--|---|
| DATA: 13-10-16 | | BOCORNANÇA Nº: 113 | | PACIENTE / USUÁRIO: Rafael Sampaio de Jesus | | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR - Santa Catarina | | BAIRRO: São Carlos | | MÉDICO REGULADOR: Gabriel | | |
| APOIO NO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PM <input type="checkbox"/> OPTIRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECURSU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO: | | | | | | |

TIPO DE AGRAVO

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> PEDIQUIATRO |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO(AFOGAMENTO) |
| <input type="checkbox"/> DEBILITAMENTO/OTERAMENTO | <input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS |
| <input type="checkbox"/> ELSTROCUSSÃO | <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS |
| <input type="checkbox"/> F.A.S. | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> F.A.R. (P.A.E.) | |
| <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | |
| <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS | |

ANTECEDENTES.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input checked="" type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> DROGA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÕES | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÕES ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS: |

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H D d

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO: Medico

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDARIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

Item de Caba Arima, F.F. A. VALLE

12. NUNCA NA C: WMD entre 5 e 10 17. PGG 18

DADOS VITAIS

C: Dr MI Dias = F. Fabiana S. Silva

VIAJ ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESERVA ☐

WHA: ☐ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESENTE ☐ AUSENTE / **COMPREV** ☐ SÓLIDAMENTE ☐ SÓLIDAMENTE ☐ SÓLIDAMENTE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Anorexia ☐ Capacidade Adaptativa Intrauterina Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☒ Correlato Agudo ☐ Desempenho Motor Prejudicado ☐ Débito Urinário Diminuído ☐ Instrução Intelectual das VMAA ☐ Orientação Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Período Tássico ☐ Período Cardiorrespiratório Ineficaz ☐ Período Tássico Gestivo-Intestinal Ineficaz ☐ Período Tássico Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficiente ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Nutrição ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação

'NÇOES

Verificação dos SSUV; histórico, atualização dos
serviços e elaboração em planilha exclusiva.

ENFERMAGEN

Proyecto de conservación, orientado hacia la conservación de especies entre corales, quironómidos de dinoflagelados y MFD.



E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AERÉAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE Membros ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ EM POSIÇÃO DE CADERNEIRA (CARRECA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____

COREN: _____

MAT: _____

AUX. TEC. DE ENFERMAGEM: _____

COREN: _____

MAT: _____



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima <i>Rafael Serafim de Lima</i> | CPF da Vítima <i>130.403.624-37</i> | Data do Acidente <i>13/07/2018</i> |
|--|--|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|---|--|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email <i>sertas-assessoria@hotmail.com</i> | Telefone (DDD) <i>83 994471520/99697889</i> |

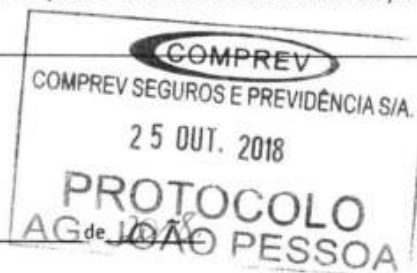
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Itapiranga 10 de Maio
Local e Data

X Rafael Serafim de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

| | | |
|---------------------------|----------------|-------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 130.403.624-37 | Rafael Serafim de Lima |

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|---|----------------------|-------------|------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão | |
| Rafael Serafim de Lima | 130.403.624-37 | Agricultor | |
| Endereço | Número | Complemento | |
| Sítio Mata Velha | 31N | Casa | |
| Bairro | Cidade | Estado | CPF |
| Área rural | São José de Pinar | CE | 58.484-000 |
| Email | Telefone (DDD) | | |
| seitas.assessoria@hotmail.com | 85 9941520/9969788M | | |
| Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, 25 JUL 2018 no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado. | | | |

| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS | | | |
|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | BANCO Nome _____ NRQ _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |
| AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ 3577 _____ (Informar dígito se existir) | CONTA NRO. _____ D/V _____ 30469 _____ (Informar dígito se existir) | CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Hopacanga 10 de maio de 2018
Local e Data

x Rafael Serafim de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180504408**

Vítima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**

Data do Acidente: **13/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504408**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13528366

Pag. 00209/00210 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**
Nº Sinistro: **3180504408**
Vítima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**
Data do Acidente: **13/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0057100572 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13531093



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**
Nº Sinistro: **3180504408**
Vítima: **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**
Data do Acidente: **13/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180504408**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00573/00574 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13531629





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180504408

Vítima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Data do Acidente: 13/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00333/00334 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14241059



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390893/18

Vítima: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

CPF: 130.403.624-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/10/2016

Titular do CPF: RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

RAFAEL SERAFIM DE LIMA : 130.403.624-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/10/2018
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 1988
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DIG. IDENTIDADE / Cód. EMISSOR / UF
5452161 SEP PE

CPF 039.247.064-09 **DATA NASCIMENTO** 13/04/1978

PAISAGEM
ADELSON DOS SANTOS

CÓDIGO RODRIGUES DA SILVA
VA

PROFISSÃO **GRUPO** **CAT. MIB**
INTELECTUAL **PROFISSÃO** **CAT. MIB**
2,5

Nº REGISTRO 04119219971 **VALIDADE** 26/06/2022 **Nº HABILITAÇÃO** 14/04/2007

Observações

Edilson Rodrigues dos Santos

Assinatura do Portador

LOCAL SERRA TALhada, PE **DATA EMISSÃO** 31/05/2017

Assinatura do Emissor
Sua Assinatura
Sua Assinatura

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 99 - CENTRO
ITAIPORANGA / PE CEP: 56780000 (AG: 154)

Emissão: 13/09/2018 Referência Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / MONOFÁSICO D 220 V, 25 - Centro Redeinter-José Petros/PE-CEP 56071-690
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 Nº medidor: 07009205001

ENERGISA PARAIBA - DIST. TRANSMISSORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.163/01-11-40 Insc. Est. 18.015.925-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 12.261.084
Cód. para DE - Automático: 900927634

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RAN

Set / 2018 13/09/2018 15/10/2018 039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|-----------------------|---------|---|-------------------|-----------------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 15/09/18 | 10290 | 13/09/18 | 10340 | 1 | 49 | 29 |
| Demonstrativo | | | | | | |
| CCI Descrição | | Quantidade Tarifa de Valor Base Cota Alis. (unidade) Base Cota Pag (R\$) Cota (R\$) | | | | |
| | | Tributos Tarifa (R\$) ICMS (R\$) ICMS PIS/COFINS (R\$) (0,50694%) (2,7164%) | | | | |
| 0601 Consumo em kWh | | 43,000 0,585410 | 24,31 0,00 0 0,00 | 34,31 0,10 0,00 | | |
| 2601 Adic. B Vermelha | | | 2,25 0,00 0 0,00 | 2,25 0,02 0,00 | | |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2020 15:02:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071315025437500000030931941

Número do documento: 20071315025437500000030931941

Declaração:

Eu, **RAFAEL SERAFIM DE LIMA**, portador do RG nº 4.205.215, SSP/PB e CPF nº 130.403.624-37, residente no Sítio Mata Velha, s/n, área rural, São José de Caiana, declaro para os devidos fins, que na data mencionada no Boletim de Ocorrência, **13/10/2016**, fui vítima de acidente de trânsito, tendo em vista que o veículo que eu viajava encontra-se em dias, mas como estava em nome de terceiros, eu não tenho condições financeiras para arcar com os custos para encontrar o proprietário.

Em conformidade com a lei 6.194/74, para o requerimento do Seguro DPVAT, basta a **Simples Ocorrência do Dano** e que o acidente seja com **Veículo a Automotor**, e face às dificuldades encontradas com a não localização do proprietário, por estar em local incerto e não sabido, cabendo tão somente a Líder realizar todas as medidas cabíveis para confirmação do acidente, tais como investigação ou auditorias.

Ciente da pena do Art. 299 do Código Penal, e me disponibilizo a colacionar provas testemunhais, desta forma, sendo feita a mais lúdima justiça.

Nestes Termos, peço e espero deferimento.

Itaporanga/PB, 11 / Outubro / 2018.



Suelio Moreira Torres

PROCURADOR





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2020 15:02:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071315025437500000030931941>

Número do documento: 20071315025437500000030931941



| | | |
|--|------------------------|------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | | |
| DETTRAN - PB Nº 013027338560 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO VIA 1 009543478-2 00700000000 EX 2017 | | |
| NOME JOSE CELESTINO PEREIRA JUNIOR | | |
| 13039541412 NPJ | KHT4041/PB | |
| KHT4041/UJ SP 9C2KC08108R12 7068 | | |
| PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC | | |
| HONDA/CG 150 TITAN K5 | 2006 20000 | |
| CG 150 /CT PARTIC | CINZA DOMINANTE | |
| 1 00/00/0000 1* | 2* | 3* |
| 00/00/0000 | 0 PARCELAMENTO / COTAS | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO | | |
| ITAPORÉ | 24/04/2017 | 1350 |
| 17397 | | |

| | |
|--|----------------------|
| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT | |
| PB Nº 013027338560 BILHETE DE SEGURO DPVAT | |
| JOSE CELESTINO PEREIRA JUNIOR | |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA | |
| www.seguradoralider.com.br | |
| SAC DPVAT 0800 022 1204 | |
| 2017 24/04/2017 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO | |
| VIA JOSE CELESTINO PEREIRA JUNIOR | |
| RENAVAM | MARCA / MODELO |
| 13039541412 | Nº CHASSI KHT4041/PB |
| 00954344782 | HONDA/CG 150 TITAN K |
| 2008 9 | PRÊMIO TARIFÁRIO |
| 9C2KC08108R12 7068 | 9C2KC08108R12 7068 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** | IOF (R\$) 0,00 |
| SEGURO | P A G O |
| COTA ÚNICA | PARCELADO |
| SEGURO LÍDER - DPVAT | |
| CNPJ 09.248.696/0001-04 | |
| 1350-0915250-20170424 | |



Dr. Ferraz

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga
PARA: Patos
ENCAMINHO: Rafael Sampaio de Lima IDADE: 21 SEXO: Masc.
RESIDENTE: Sítio Mata Velha
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: Paraíba
PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C. PESO _____ Kg

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Encorinho o Paciente Rafael Sampaio de Lima, com fratura em Fíbula direita o mesmo vítima de acidente automobilístico há 1h 30 minutos do acidente.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Philippe W. S. de Figueiredo
MÉDICO
CRM PB 10513

15/10/16 HORA: 20:30





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 5605473 CNPJ: 08.778.268/0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)
Paciente: RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Mãe: JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA
Nascimento: 17/11/1994 Idade: 21 Cor: PARDASexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: SÍTIO MATA VELHA
Bairro: ZONA RURAL Num.:
Fone: (83)99611-5153
Cidade: ITAPOBANGA - PB - 56780-000 - 2507002
CNS: 204-0379-0268-0007 Identidade:
CPF: 14/10/2018 10:38:39 Reg. Nasc.: Recipiente: Maria
Data / Hora: 170587
Ficha Número: 82523

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Trava para dar pt. Grav.
dis. a p. COMPREV Seguro - Sic
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 OUT. 2018

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
AG. JOÃO PESSOA

25.10.2018 para an.
RESULTADOS
(assinatura)

ERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

| MEDICAÇÃO | ENCAMINHAMENTO | | | |
|-------------|----------------|----------------|------------|------------|
| | 1. PRESCRITA | OBSERVAÇÃO | RESIDÊNCIA | INTERNAÇÃO |
| 2. APLICADA | | OUTRO HOSPITAL | ÓBITO | OUTROS |

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

| | | | |
|-----|------|----|------|
| 1 - | 0301 | 01 | 0072 |
| 2 - | | | |
| 3 - | | | |

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbos

Médico / Cirm / Cns
FERNANDO TADEU VIEIRA JUCA JUNIOR - 5332 - 128-5399-3452-0003 CBO
Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Polegar Direito
Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO
- RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 82523
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMOVEL)
Servidor do Dr.: _____

Data/Hora 14/10/2016 11:03:4

Paciente RAFAEL SERAFIM DE LIMA

Idade: 21 Sexo:

Filiação

Pai: DELMIRO SERAFIM DE LIMA
Mãe: JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA

Endereço

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002
Endereço: SÍTIO MATA VELHA
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: ITAPORANGA - PB
Fone: (83)99811-5153

N.:

Documentos

CNS: 204-0379-0268-0007
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 17/11/1994
Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Prontuário para o acidente
ocorrido em 14/10/2016*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos órgãos)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: _____

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____






HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

| Paciente | | Enfermagem | Leito | Nº Prontuário | |
|---|--|------------------|-------------------|----------------|--------------|
| Nome: <u>Suelio Moreira Torres</u> | | Idade: <u>27</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u>br</u> | |
| Data: <u>25/10/2018</u> | | Respiração | Temperatura | Peso | Altura |
| Hemoglobina | | Hematócrito | Glicemia | Uria | Outros |
| Ad. Respiratório | | | Asma | | Bronquite |
| Ad. Circulatório | | | Eletrocardiograma | | |
| Ad. Digestivo | | | Dentes | Pescoço | Ad. Urinário |
| Bebido/Alco | | | Ataxias | Corticóides | Alergia |
| Diagnóstico Pré-Operatório | | | Estado Físico | | Risco |
| Anestesia Anterior | | | | | |
| Medicação Pré-Anestésica | | | Aplicada em | Efeito | |
| INDUÇÃO | | | | | |
| Satisf. <u> </u> Excit. <u> </u> Tosse <u> </u> | | | | | |
| Laringo Espasmo <u> </u> Lenta <u> </u> | | | | | |
| Náuseas <u> </u> Vômitos <u> </u> | | | | | |
| Outros <u> </u> | | | | | |
| MANUTENÇÃO | | | | | |
| Anestesia Satisf. Sim <u> </u> Não <u> </u> | | | | | |
| Não, porque? <u> </u> | | | | | |
| DESPERTAR | | | | | |
| Reflexos na SO <u> </u> | | | | | |
| Quatr. CO2 <u> </u> Excit. <u> </u> | | | | | |
| Náuseas <u> </u> Vômitos <u> </u> | | | | | |
| Outros <u> </u> | | | | | |
| Com estímulo para o alto em <u> </u> não <u> </u> | | | | | |
| CONDIÇÕES | | | | | |
| Cânula <u> </u> | | | | | |
| Prescritor: <u> </u> | | | | | |
| Agentes: <u> </u> | | | | | |
| Técnica: <u> </u> | | | | | |
| Operação: <u> </u> | | | | | |
| Cirurgião: <u> </u> | | | | | |
| Anestestesista: <u> </u> | | | | | |
| Observações: <u> </u> | | | | | |

25 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



| NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| PACIENTE <i>Antônio Serrão Lima</i> | | | | | GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEB. JANDUHY CARNEIRO |
| QT <i>70</i> | LETO <i>04</i> | CONVENIO <i>SUS</i> | IDADE <i>35 anos</i> | REGISTRO <i>82323</i> | |
| CIRURGIA <i>TTO. crany. Ent. p/bil. de</i> | | | CIRURGO <i>Dr. Marcelo Alves</i> | | |
| ANESTESIA <i>Rogui</i> | | | ANESTESISTA <i>Dr. Marconi</i> | | |
| INSTRUMENTADORA | | DATA <i>19/10/16</i> | INICIO <i>11:30h</i> | FIN | |

| MATERIAL | | | |
|------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| QUANTIDADE | MATERIAL | QUANTIDADE | MATERIAL |
| | TX. de Instrumentador | | Equipo p/ soro e sangue |
| | TX. Capnógrafo | | Scalp |
| | TX. Bomba de Infusão | <i>1</i> | Luvas Est. p/ Procedimentos |
| | TX. Aplicação de Sangue | <i>1</i> | Lâmina de Bisturi |
| | TX. Monitor Córdio-Respirador | | Sonda de Foley |
| | TX. de Laser | | Coletor de Urina |
| <i>*</i> | TX. de Curativo | | Seringa 1 ml |
| | TX. de Instalação S. Vesical | | Seringa 3 ml |
| <i>1</i> | TX. Sala | <i>1</i> | Seringa 5 ml |
| | TX. Bisturi Elétrico | <i>1</i> | Seringa 10 ml |
| | TX. Aspirador Elétrico | | Seringa 20 ml |
| <i>1</i> | TX. Oxímetro de Pulso | <i>1</i> | Eletrodos desc. |
| <i>1</i> | Neocain Pesado | | Atadura de Crepom 10cm |
| | Halotano | | Atadura de Crepom 20cm |
| | Thionembutal | | Atadura Gessada 10cm |
| | Quelcin | | Sonda Uretral |
| | Pavulon | | Sonda Nasogástrica |
| | Dorminid | | Éter Sulfúrico |
| | Fentanil 0,05mg | | Dreno Penrose |
| | Xilestain a 5% | | Dreno Sucção |
| | Inoval | | Dreno de Tórax |
| | Xilocalina a 2% | <i>1</i> | Esparadrapo |
| | Etodimide | | Xilocalina Gel |
| | Ketalar | <i>1</i> | Álcool 70% |
| | Publcovalina 0,5% | <i>1</i> | PVPI Tintura |
| | Dimorf | <i>1</i> | Gases |
| | Lanexat 0,5ml | | Algodão Hidrófilo |
| | Narcan | <i>1</i> | Algodão Ortopédico |
| | Forane | | Cidex |
| | Sufenta | | Vaselina Estéril |
| | Diazepam | | Aguilha descartável |
| <i>1</i> | Água destilada 10ml | COMPREV | Pastilha de Formol |
| | Procetigmine | COMPREV SEGUROS E PREVIDEN | Fio Cromado 0 c/ agulha |
| | Atropina | <i>25 OUT. 2018</i> | Fio Cromado 0 c/ agulha |
| | Adrenalina | PROTOCOL | Fio Cromado 1 c/ agulha |
| | Efortil | AG. JOAO PESS | Fio Cromado 1 c/ agulha |
| <i>1</i> | Gefetina 19g <i>Cela Zolite</i> | | Fio Cromado 2-0 c/ agulha |
| | Dixtal | | Fio Cromado 2-0 c/ agulha |
| | Pisali | | Cat-gut simples 0 c/ agulha |
| <i>1</i> | Dipirona | | Cat-gut simples 0 c/ agulha |
| | Esparin 6000 VI | | Cat-gut simples 2-0 c/ agulha |
| <i>1</i> | Tilistil | | Cat-gut simples 2-0 c/ agulha |
| | Amicacina 800mg | | Cat-gut 2-0 p/ smigdalectomia |
| | Aguilha de Raque Descartável | | Cat-gut simples 3-0 c/ agulha |
| | Abbecate 20 e 22 | | Polycot 2-0 c/ agulha |
| | Polycot 0 c/ agulha | | Polycot 2-0 c/ agulha |
| | Polycot 2-0 c/ agulha | | Polycot 3-0 c/ agulha |





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | |
|--|-------------------------------------|---------------|
| Nome: <u>Rogério Senozzi Lima</u> | | Nº prontuário |
| Data da Cirurgia | Enf. | Leito |
| Cirurgião <u>Dr. Marcelo Alves</u> | 1º Auxiliar <u>Dr. Ivan</u> | |
| Anestesista <u>Dr. Marcos</u> | Tipo de Anestesia <u>Rogério</u> | |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura de fêmur Direito</u> | | |
| Tipo de Cirurgia <u>Osteossintese da placa + Parafusos</u> <u>+ Parafusos intramedulares</u> | | |
| Diagnóstico Pós Operatório <u>o mesmo</u> | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | |
| Exame Radiológico no Ato | | |
| Acidente Durante a Cirurgia | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 25 OUT. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO, PESSOA </div> | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Liqaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras |
|---|
| <p>- Parto - DDW e Sds musculares</p> <p>- Antisepsia + colocação de campo cirúrgico</p> <p>- Trocar - seguir lateral a Tabela D</p> <p>- Abordagem por fêmur + Kirschwire de fixação</p> <p>- Placa + parafusos + fixação de placa</p> <p>- placa 1/3 de comprimento + parafusos +</p> <p>- parafusos intramedulares + ligadura da SA</p> <p>+ Sutura por planos + Curativos</p> |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 1988
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CONDIÇÕES GERAIS DE EMISSÃO

NOME
EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DIG. IDENTIDADE / Cód. EMISSOR / UF
5652161 SEP PE

CPF 039.267.064-09 **DATA NASCIMENTO** 13/06/1978

PAISAGEM
ADELSON DOS SANTOS

CÓDIGO RODRIGUES DA SILVA
VA

PROFISSÃO **GRUPO** **CAT. MIB**
ADMINISTRATIVO **PROFISSÃO** **2,5**

Nº REGISTRO 04119219971 **VALIDADE** 26/06/2022 **Nº HABILITAÇÃO** 14/06/2007

Observações

Edilson Rodrigues dos Santos

Assinatura do Portador

LOCAL SERRA TALhada, PE **DATA EMISSÃO** 31/05/2017

Edilson Rodrigues dos Santos
Assessor Administrativo
Secretaria de Identificação

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIUA, 69 - CENTRO
ITAIPORANGA / PE CEP: 56780000 (Aq: 154)
Emissão: 13/09/2018 Referência Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / MONOFÁSICO D 220 V, 25 - Centro Redutor - João Pessoa / PE - CEP 56071-690
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3880 Nº medidor: 07009205001

ENERGISA PARABÁ - DIST. TRANSMISSORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.163/01.11-40 Insc. Est. 18.015.925-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 12.261.084
Cód. para DE - Automático: 900927634

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RAN

Set / 2018 13/09/2018 15/10/2018 039.267.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|-----------------------|---------|---|---------|-----------|---------|-----------------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 15/09/18 | 10290 | 13/09/18 | 10340 | 1 | 49 | 29 |
| Demonstrativo | | | | | | |
| CCI Descrição | | Quantidade Tarifa de Valor Base Cota Alis. (unidade) Base Cota Pag(R) Cota(R) | | | | |
| | | Tributos Tarifa(R) ICMS(R) ICMS PIS/COFINS(R) (0,50694%) (2,7164%) | | | | |
| 0601 Consumo em kWh | | 43,000 0,585410 | 24,31 | 0,00 0 | 0,00 | 34,31 0,18 0,00 |
| 2601 Adic. B Vermelha | | | 2,25 | 0,00 0 | 0,00 | 2,25 0,02 0,08 |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2020 15:02:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071315025437500000030931941

Número do documento: 20071315025437500000030931941

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917



Rafael Serafim de Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.205.215 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2013

NOME RAFAEL SERAFIM DE LIMA

FILIAÇÃO DELMIRO SERAFIM DE LIMA
JOSEFA TEIXEIRA DE LIMA

NATURALIDADE ITAPORANGA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/11/1994

DOC ORDEM NASC.N.17047 FLS 58 LIV 2-97
CPF CARTORIO ITAPORANGA

João Pessoa - PB

LEI Nº 7.116 DE 28/06/93

CÓDIGO DE CONTROLE
BBEA.C1F1.F6FF.6B4F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:09:03 do dia 29/12/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 130.403.624-37
Nome RAFAEL SERAFIM DE LIMA
Nascimento 17/11/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

