

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: 4 - Nome completo da vítima:

067.964.694-96

José Deodoro da S. Santos

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

5 - Nome completo: *José Deodoro da S. Santos* 6 - CPF: *067.964.694-96*
7 - Profissão: *Pintor* 8 - Endereço: *Santa Luzia* 9 - Número: *360* 10 - Complemento:
11 - Bairro: *Cruz das Armas* 12 - Cidade: *João Pessoa* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58086-070*
15 - E-mail: *(83)986634900*

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *Itaú*

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 26/09/2019

José Deodoro da S. Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV
COMPREV SECURITÉ POCILINDIA S/A

26 SEI. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

9179 25646 7

Capítulo 10: Aprendizado

Chlorophyll a fluorescence

www.caleo-electronics.com

Available at the following locations: **1.800.051.1150**

SAC 08807289726

Outidate 0900-1700

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

1

30

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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
----------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

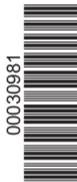
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

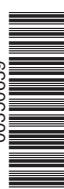
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464336

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 03 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190464336**

Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 341

Agência: 000009179

Conta: 0000016306-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

067.964.694-96

Nome completo da vítima

José deodoro da Silva Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

José deodoro da Silva Santos

CPF titular da conta

067.964.694-96

Profissão

Pintor

Endereço

Santa Lúcia

Número

360

Bairro

Cruz das Armas

Estado

PB

Email

alexandracesarwarte@hotmail.com

Complemento

58086 070

CEP

(83) 99305 5363

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Agência

Nro.

DV

Conta

Nro.

DV

033

010466692

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo à 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.

José pessoa, 17 de Julho

Local e Data

 de 30/08/2018
COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

José deodoro da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 08 SET. 2018
PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

 Santander



c/c



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01334.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01334.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josiel Deodoro da Silva Santos**, CPF nº 067.964.694-96, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Luzinete Deodoro da Silva e José Maria Bezerra dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1986 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Santa Luzia, Nº 160, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Colégio Zulmira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98783-3577.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Rio, Oficina Dois Irmãos, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

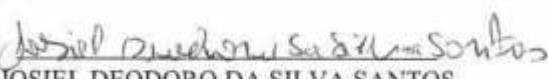
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, SEGUNDO O NOTIFICANTE: Já qualificado acima diz que no dia 25/03/2018, por volta das 16:00 horas, quando transitava pela rua do Rio, localizado no bairro de Cruz das Armas, nesta Capital PB; QUE na ocasião estava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/XTZ 125 K, ano e modelo: 2010 de cor preta, placa: NQF 3019/PB, chassi nº 9C6KE1260A0016973, registrado em nome de Damião Alex Dantas Herculano, CPF nº 110.327.874-65; QUE segundo o notificante, transitava normalmente em sua mão pela direita, quando foi trancado por um veículo, fiat UNO de cor vinho, não sabendo informar a placa do mesmo, pois este tomou destino ignorado, que segundo o notificante ao desviar desse veículo, perdeu o controle e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0779/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

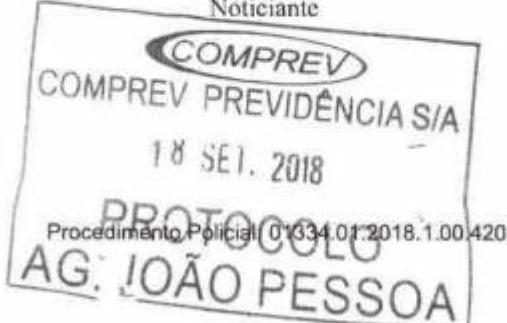
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de julho de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01334.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01334.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 17 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Josiel Deodoro da Silva Santos**, CPF nº 067.964.694-96, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Luzinete Deodoro da Silva e José Maria Bezerra dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1986 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Santa Luzia, Nº 160, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Colégio Zulmira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98783-3577.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Rio, Oficina Dois Irmãos, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, SEGUNDO O NOTIFICANTE: Já qualificado acima diz que no dia 25/03/2018, por volta das 16:00 horas, quando transitava pela rua do Rio, localizado no bairro de Cruz das Armas, nesta Capital PB; QUE na ocasião estava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/XTZ 125 K, ano e modelo: 2010 de cor preta, placa: NQF 3019/PB, chassi nº 9C6KE1260A0016973, registrado em nome de Damião Alex Dantas Herculano, CPF nº 110.327.874-65; QUE segundo o notificante, transitava normalmente em sua mão pela direita, quando foi trancado por um veículo, fiat UNO de cor vinho, não sabendo informar a placa do mesmo, pois este tomou destino ignorado, que segundo o notificante ao desviar desse veículo, perdeu o controle e veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0779/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DF22.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 17 de julho de 2018.

JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS

Agente de Investigação

06 A60.2019

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Noticiante

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA
Procedimento Policial 01334.01.2018.1.00.420

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

Josenil deodoro da silva, sonia

CPF da Vítima

067.964.694-96

Data do Acidente

25/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinariai uma das opções abaixo:

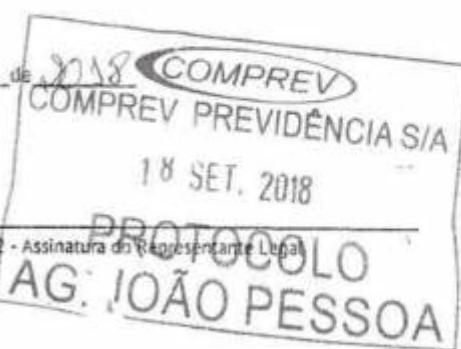
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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 Lider 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.

Josenil deodoro da silva, sonia

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DAL001 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 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

José de Souza da Silva Santos

CPF da Vítima

067.964.694-96

Data do Acidente

25/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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
- 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 Lider 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.

1000 pessoas 17 de Julho

Local e Data

 de 2018 **COMPREV**
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2018

José de Souza da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

067 964 694 96

Nome completo da vítima:

José de Souza da S. Santos

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

Nome completo:

José de Souza da S. Santos

Profissão:

Pintor

Endereço:

Santa Luzia

Cidade:

Cruz das Armas

Estado:

PB

CEP:

58086-070

Numero:

160

Complemento:

(83) 986634900

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Bancos ou bancos):

Nome do BANCO:

Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

3175

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0304 6669

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acimacitado, sou o(a) prossiguidor(a) da análise do meu(a) pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalides permanentes, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e natureza das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, desentendendo que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso não haja o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (varônecas)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, o valor das benefícias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer declaração ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização de ressalvas e/ou a não efetivação da cobertura, caso da ocorrência de artigo 243 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

 Santander

5021 2131 3200 7556

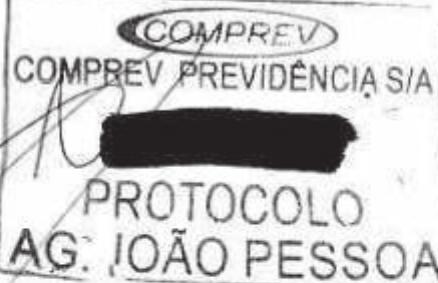
5021

MEMBER
SINCE 05/15 VALID UNTIL 05/23

JOSIEL D S SANTOS
3175 01046669-2



e/c



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

Ficha Nr: 114217 Atd: Nao Regulad
Data: 25/03/2018
Hora: 17:37:29
Repcionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS Num. Prontuario: 2018.03.003791
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3109765 Fone: 986181954
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1986 Id: 32 ano(s)
End.: RUA SANTA LUZIA,168CASA
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LUZINETE DEODORO DA SILVA Pai: JOSE MARIA BEZERRA DOS SANTOS
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR DE EDIFICIOS Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: **FATURADO**
Resp.: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 986181954 / IDENTIDADE: 3109765
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ
Vitima de violência por: NÃO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		Observacao	

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de trauma em pé E, contorcido, há +2h, decorrente de queda de moto com uso de capacete (sic). Nega TCE. Apresenta trauma isolado em pé E, sem déficit motor ou ~~sensorial~~ COMPREV. Nega outras queixas. Nega vacinação contra o tétano.

Diagnóstico

18 SET. 2018 | Condu

- Aferimento muscular
- Radiografia p/ E: Ab e obliqua
- Avaliação da ortopedia

Prescrição

AG. JOÃO PESSOA

Horário da medicação

do Deshnoor
do 22 P.D. 1970
P.S. 1970

Dr. Antônio Vitorino de Abreu
CRM 2218 / CRM 005.555-504-49
PROFESSOR DE TRAUMATOLOGIA
08/03/03

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

ALCIDES PEREIRA DE ANDRADE
RUA SANTA LÚCIA, 180 - CRUZ DAS ARMAS
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58056-070 (AG: 1)

EMissão: 28/03/2018 Referência Mar/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA/MONOFASICO 01/220 Km 25 - Distrito Residencial - João Pessoa/PB - CEP: 58071-030
Retele: 17-2-631-3920 NF: 0000664998

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ:03.995.182/0001-40 Ins Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°004.261.029
Cód. para Deb. Automatizado: 00000249932

energisa

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	28/03/2018	27/04/2018	23171715872 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/524993-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.456, de 26 de abril de 2002.
- Furtar de energia é o maior roubo. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz o furto: prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar ausência de energia, escuras de eletrônicos eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura			
27/02/18	13281	28/03/18	13288		117	28
				Demonstrativo		
				Quantidade Tarifa/ Custo/ Faturamento (R\$) ICMS(R\$) ICMSF (R\$) PIS/Cofins(R\$) PIS/CofinsF (R\$) Cofins(R\$)		
0001	Consumo ate 20kWh-BR	70.000	0.244940	7,24	7,24 27 1,98 7,24 0,05 0,22	
2221	Consumo - 21 a 100kWh-BR	70.000	0.419900	25,39	23,28 27 7,83 29,32 0,22 0,32	
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	17.000	0.629940	10,70	10,70 27 3,89 10,70 0,07 0,22	
0010	Subísmo			79,18	35,18 27 9,77 35,18 0,24 1,12	
				LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		
0001	CONTRIB.SERV.IULM.PÚBLICA			1,90	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0204	JUROS DE MORA 01/2018			0,60	0,05 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0006	MULTA 01/2018			0,05	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,03	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0008	Devolução Subísmo			-25,04	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

001.000932 Classificação: Bem TOTAL 62,05 83,61 22,57 83,51 0,56 2,87

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

05/04/2018

Histórico de Consumo (kWh)

150 | 133 | 123 | 129 | 102 | 104 | 126 | 150 | 130 | 130 | 100 | 132
Maio/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

ae65.b39e.9c2b.c69b.80d2.88cc.d7e1.0761

Indicadores de Qualidade

1/2016 - Mínimo

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
5V MONTEL	5,31	0,00
5V TRAMONTEL	10,62	
5V MONTEL	21,25	NOMINAL
5V MONTEL	2,30	0,00
5V TRAMONTEL	0,60	CONTRATADA
5V MONTEL	10,20	LIMITE INFERIOR
5V MONTEL	9,03	LIMITE SUPERIOR
DIOSI	72,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	12,57	23,76
Comercial de Energia	14,80	25,95
Comerciais de Serviços	1,93	3,57
Entrega de Serviços	3,48	6,31
Impostos e Encargos	29,21	57,07
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	62,05	100,00

Versão 01/10/2018 (Ref: 1/2018) R\$12,27

REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em aberto(s) faturamento(s) acima mencionado(s). Caso tenha restado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a mais de 10 dias, considere esta multa gerada. Fatura(s) pendente(s) é/éramos sujeito(s) de inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Sua unidade foi notificada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$25,04.

COMPREV
Fev/18 77,07
18 SET 2018
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAÍBA
Roberto: 17-2-631-3920
Matrícula: 524993-2018-03-7

VENCIMENTO
05/04/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 62,05
83630000000-4 62050149000-2 05249932018-3 03700002019-0

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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, Alejandra Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.756-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joziel Deodoro da Silva Santos inscrito (a), no CPF sob o Nº 067.964.694-96 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Joziel Deodoro da Silva Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.964.694-96 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Ave. Maria Rosa</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>58</u>	
<u>Bairro Manaíra</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PR</u>	<u>58033-1160</u>
<u>Email alelamendrasduarte@hotmail.com</u>		<u>Telefone comercial (DDD) 99105-5363</u>	<u>Telefone celular (DDD) 98663-4900</u>

João Pessoa 27 de agosto de 2018 **COMPREV**
Local e Data **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**
Assinatura do Declarante **18 SET. 2018**
PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 81 89 | SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 12 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 921 91 35

Se um dos números abaixo:
seira, das 8h às 20h)
04
12 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 921 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme está disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina a constituição do cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além de informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SÉGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS SEGUROS, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNAZONAL DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATER PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS INFRAÇÕES PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

lece a Circular número 445/12,

IGO-29636

que todas as Seguradoras são obrigadas a fornecerem os documentos de identificação comprobatória.

enização do Seguro DPVAT, contudo, por

DADOS DE SEGURADO, PREVIDÊNCIA PRIVADA
ANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA
OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurado a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Deodoro S. Santos inscrito (a) no CPF sob o nº 067 964 694 96
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Deodoro S. Santos
inscrito (a) no CPF sob o nº 067 964 694 96 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

endereço abaixo, anexando a cópia implica na sanção penal prevista

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José 6. Duarte</u>	Número: <u>15</u>	Complemento: <u>H</u>
Bairro: <u>Manoel da Nóbrega</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u></u>	CEP: <u>58056-384</u>	TEL (DDD): <u>(31) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 06/08/19

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Damião Alex Dantas Herculano,
RG nº 349265, data de expedição 04/01/2017
Órgão SSS-PB, portador do CPF nº 110.327.874-65 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Semader José Bonifácio, nº 4,
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 Joséel Deodoro da Silva cujo condutor era
Joséel Deodoro da Silva

Veículo: moto
Modelo: YAMAHA/XTZ 125
Ano: 2010
Placa: 1VQF3019/PO
Chassi: 9G6K51260AD016973
Data do Acidente: 25/03/18
Local e Data: 13/07/2018



Damião Alex Dantas Herculano

Assinatura do Declarante

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

SOUTO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Branca Maria Angélica Souto Cardoso
Intendente

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....

DAMIÃO ALEX DANTAS HERCULANO

En test. da verdade. João Pessoa-PB 13/07/2018 17:36:19
José Francisco da Silva - Escrivão
[2018-017022]EMOL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 IFRS:R\$ 1,90 IFRS
SELO DIGITAL: AHG60607-T005
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CERTIDÃO

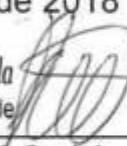
Nº. 0779/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº114217, pertencentes a **JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS** que foi atendido dia 25/03/2018 às 17H37min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado debridamento e liberado.

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

João Pessoa, 22 de maio de 2018


Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		José Decílio da Silva Santos		PRONTUÁRIO N°	
DATA	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	02/04/18	DATA DE ALTA		08/05/18	
DIAGNÓSTICO INICIAL	Ara-cuecas no M12				CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO:	Exame de Dentes Epidemiológico				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAIS	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)				
Curtas com Pct de 100%					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em dias e com esforço maior em dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar ferida com água e sabão por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se houver febre, procurar imediatamente este hospital.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: 18 SET. 2018					
RETORNO	Ao posto de saúde em AG: JOÃO PESSOA				
Ao Ambulatório do					
PROTÓCOLO					
para retirada de pontos.					
en 30 dias para revisão.					
Dr. Roberto da Cunha Lobo Cirurgião Plástico CNPJ-PB 4506 / RQE 1263					
ASS. MÉDICO / CRM					
08.05.18					
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

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

Ficha Nr: 114217 Attd: Nao Regulad
Data: 25/03/2018
Hora: 17:37:29
Recepctionista: ANTONIA GADELHA LOUREN
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS Num. Prontuario: 2018.03.003791

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3109765 Fone: 986181954

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1986 Id: 32 ano(s)

End.: RUA SANTA LUZIA, 168 CASA

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA, UF :PB

Mae: LUZINETE DEODORO DA SILVA Pai: JOSE MARIA BEZERRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE EDIFICIOS

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

FAT. DO

Resp.: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 986181954 / IDENTIDADE: 3109765

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO RJ

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2s:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

030106006-1 041504004-3(L97)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitime de trauma em pé E, contuso, há +2h, decorrente de queda de moto com ~~on the cockpit (sic)~~. Nega TCE. Apresenta trauma isolado em pé E, sem deficit motor ~~ou~~ **COMPREV** PREVIDÊNCIA SIA ~~ou~~ outras queixas. Nega vacinacao contra o febre amarela.

Diagnostico

18 SET. 2018

Conduta

- Atendimento inicial
- Radiografia pé E. AP e obliqua
- Avaliação da ortopedia

Prescricao

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Horário da medicacao

6. Desbrumado
do 22 PDP injecao dupla
Permanente

Med. h.
Furtado los

Recidiva
oral
Dr. Antonio Henrique de Abreu
CRM 22772 - CEP 50050-044
100% DENTAL DENTOMAXIOLOGIA
25/03/2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

CERTIDÃO

Nº. 0779/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº114217, pertencentes a **JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS** que foi atendido dia 25/03/2018 às 17H37min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Realizado debridamento e liberado.

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

João Pessoa, 22 de maio de 2018


Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

<i>José de Souza da Silva Júnior</i>				PRONTUÁRIO N°	
DATA	SAUDE	CRM	CLÍNICA	END	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	02/04/18	DATA DE ALTA		08/05/18	
DIAGNÓSTICO INICIAL					CID
<i>Ano anestesia no M15</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
LISTA DE DIAGNÓSTICOS					
PROBLEMAS ASSOCIADOS					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
<i>Exérte Derme Esp. de Unha</i>					
TENACULURA MEDICAMENTOSA					
ASOCIATIVA PATOLOGICA					
INFECÇÃO FÔ	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLTE DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
EVOLUÇÃO DA FERIDA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO

PERÍODO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
<i>Curado com Pct de 100%</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	<i>Verde</i>				
REPOUSO:	Relativo em casa por	<input type="checkbox"/> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em					
Retorno às atividades com esforço moderado, sem exercícios mais em					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A					
Retorno ao posto de saúde em caso de dor, vermelhidão ou "inchaço" na ferida, ou se estiver febre, procurar imediatamente o seu médico ou hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>18 SET. 2018</i>					
RETORNO	Ao posto de saúde em AG. JOÃO PESSOA para retirada de pontos.				
Ao Ambulatório do					em 30 dias para revisão.

<i>08.05.18</i>					
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					
<div style="text-align: right;"> <i>Dr. Roberto Lestes</i> Cirurgião Plástico CRM-PB 4506 / RQE 1283 </div>					
ASS. MÉDICO / CRM					

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 32A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 02/04/2018		DATA DE ALTA 09/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>INFECÇÃO + NECROSE DE 2 PODODACTILO ESQUERDO</i> CID					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de PE + exame físico</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ÓBITO	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador de infecção + necrose em 2 pododáctilo esquerdo foi submetido a tratamento cirúrgico através de amputação de 2 pododáctilo esquerdo. Recebe alta em boas condições clínicas orientações com relação ao uso de medicação antitrombólita, antibiótica e para analgesia. Retornar ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 30 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: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *profenid, dipirona*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

OS/18

DATA

*Eduardo P. de Lira
Médico*

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sorocaba Humbero Lucena

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente EVERALDO ROBERTO DA SILVA		BAE 1062724	Data/Hora Entrada 17/05/2018 15:27:37
Data de nascimento 17/03/1979	Idade 39a 2m	Sexo Masculino	CNS 161193016270003
Mãe MARIA DA GLORIA LIMA DA SILVA			
Endereço MASANGANA I, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município CRUZ DO ESPIRITO SANTO
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAJANA KAREN DANTAS BARRETO	
Data/Hora Classificação 17/05/2018 15:34:17		Data/Hora Prescrição 17/05/2018 20:14:25	
Anamnese			

Anamnese

TOPEDIA#

Nº A ALERGIA E NEGA COMORBIDADES
RELATA QUE TEVE IAM EM 2015, PORÉM HOJE NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO.
RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, DIZ QUE CAIU COM O OMBRO DIREITO.
QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO DIREITO, DIZ QUE JÁ TEVE DUAS CIRURGIAS NESSE OMBRO.
NÃO CONSEGUE LEMBRAR QUAIAS).

EFO: DOR A PALPAÇÃO DE OMBRO DIREITO, COM EDEMA LOCAL, ARCO DO MOVIMENTO DIREITO. RAIOS-X DE OMBRO D = EVIDÊNCIA DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU III.

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + TIPOIA

STAFF: DR. ROBERTO

PIETA

DIETA, VIA ORAI

MEDICAÇÃO

RONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA ORAL 8/H

MADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 100,0 MG VIA ORAL, 8/8H
IA: 400,0

DE TRAMAL (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 160 mg).

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OSSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLUCOSE

TRANSAMINASE (GOT)

TRANSAMINASE (ALANINE TRANSAMINASE) (ALAT)

WILHELM

CREA-SURU

CREATIVITY

CREATININA

PROGRAMA

AUDIO - 50

ASSIO
Sobrenome registrado por: SARAIVA, CAROLINA GOMES RIBEIRO em 11/05/2018
EXAME DE IMAGEM

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 114217 Atd: Nao Regulad
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 25/03/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 17:37:29
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (63) 3214-1980 Recepção: ANTONIA GADELHA LOUREN
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS Num. Frontuario: 2018.03.003791

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3109765 Fone: 986181954

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1986 Id: 32 ano(s)

End.: RUA SANTA LUZIA, 168 CASA

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUZINETE DEODORO DA SILVA Pai: JOSE MARIA BEZERRA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR DE EDIFICIOS Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 986181954 / IDENTIDADE: 3109765

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO RJ

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
[] Vomito			

Queixa Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM PE
ESQUERDO

030106006-1 041504004-3 (L97)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitima de trauma em pé E, corte contuso, há +2h, decorrente de queda de moto com uso de capacete (sic). Nega TCE. Apresenta trauma isolado em pé E, sem deficit motor ou sens. Nega outras queixas. Nega saqueagens contra o teto.

Diagnostico

[] Conduta - Atendimento inicial
- Radiografia pé E: SI e obliqua
- Avaliação da ortopedia

Prescricao

[] Horario da medicacao

Dr. Desbravado
do 22 PDP, injed. injed.
Presc. 11/03/18

Dr. Antonio Francisco Abreu
CRM 22166 - Especialista em SI e AP
NASCENTE MEDICINA
05/03/18

ELETROCARDIOGRAMA**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP NO OMBRO DIREITO)

CID10

Código	Descrição
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular

Conduta

Internar Paciente



EVERALDO ROBERTO DA SILVA

LAJANA KAREN DANTAS
(CRM: 8491/RM)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

|
|
|
|
|
|

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

|-----
| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI	•
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO	<input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME DO USUÁRIO: DEDORIO DA SILVA SANTOS

PROFISSIONAL:

BOA DE SAÚDE

SEXO: M

CRM:

CLÍNICA:

EM:

LEITO:

Ortopedista

DATA DE ADMISSÃO: 01/04/2018

DATA DE ALTA: 05/05/2018

TEMPO DE PERMANÊNCIA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

INFECÇÃO + NECROSE DE 2 PODODACTILO ESQUERDO

10

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

Rx de PE + exame físico

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO DE F.O. SIM NÃO

COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

EXAMINADO BACTERIOLÓGIA:

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

MELHORADO

REMOVIDO

A PEDIDO

CURADO

ÓBITO:

RESUMO CLÍNICO: ENTRADA, FUNDADO, TRATAMENTO, DISCHARGEMENTO
Paciente portador de infecção + necrose em 2 pododáctilo esquerdo foi submetido a tratamento cirúrgico através de amputação de 2 pododáctilo esquerdo. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antitrombótica, antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOSO: Relativo em casa por 30 dias.

Retornar às atividades com 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: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não aplicar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: profenid, dipirona

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

Medicamento: Profenid, Dipirona

DATA: *05/05/18*

ASS. MÉDICO / CRM:

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





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190464336**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA LUZIA, 160 - CRUZ DAS ARMAS - João Pessoa - PB - CEP 58086-070

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3109765**

Data e local do acidente: [**25/03/2018**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**26/08/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM NECROSE DE 2º PDE E AMPUTAÇÃO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

25-03-2018 ACIDENTE AO EXAME : RETRAÇÃO CICATRICIAL NA FACE DORSAL DE PÉ ESQUERDO, COM AUSÊNCIA DE 2º PDE. MACHA CLAUDICANTE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**REALIZADO DEBRIDAMENTO ,INFECÇÃO COM NECROSE DE 2º PDE +AMPUTAÇÃO E ROTAÇÃO DE RETALHO .
ALTA EM 08-05-2018**

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

2º PDE

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Morais Lima - CRM: 5769 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464336 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO COM NECROSE DE 2º PDE E AMPUTAÇÃO.

Descrição do exame AO EXAME : RETRAÇÃO CICATRICIAL NA FACE DORSAL DE PÉ ESQUERDO, COM AUSÊNCIA DE 2º PDE. MARCHA FÍSICO: CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: REALIZADO DEBRIDAMENTO , INFECÇÃO COM NECROSE DE 2º PDE , AMPUTAÇÃO E ROTAÇÃO DE RETALHO . ALTA EM 08-05-2018.

Sequelas permanentes: Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em perda anatômica do 2º pododáctilo E devido a amputação do mesmo.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464336 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIEL DEODORO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 25/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PÉ ESQUERDO, EVOLUINDO COM NECROSE NO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. P5 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINA 1 DE OUTRA VÍTIMA.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

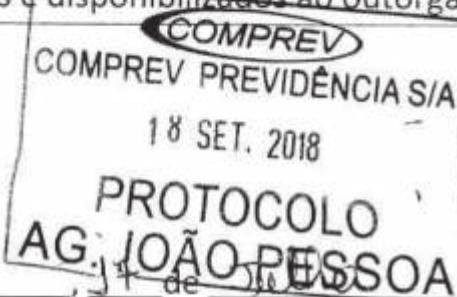
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Joséval de Oliveira da Silva Santos,
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
pintor, CI RG nº 3.109.765,
CPF/MF nº 067.964.694-96 residente e domiciliado(a) à Rua
Santa Luzia, 160 Cruz das Almas,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58086-090, telefone
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74
e RG sob o nº 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa

de 20 18:



X Joséval de Oliveira da Silva Santos

OUTORGANTE

