
Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **00000102548-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

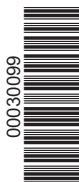
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 07512226403 CPF titular: 07512226403 Nome completo da vítima: **Ernildo Francisco do Nascimento**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: **Ernildo Francisco do Nascimento** CPF: **07512226403**
 Profissão: **Automotista** Endereço: **Rua Tituacu** Número: **5N** Complemento:
 Bairro: **Final dos Ônibus** Cidade: **Goede** Estado: **PR** CEP: **58320-000**
 E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1033** CONTA: **02548** **6**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós falecidos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **João Pessoa - PB 30/01/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

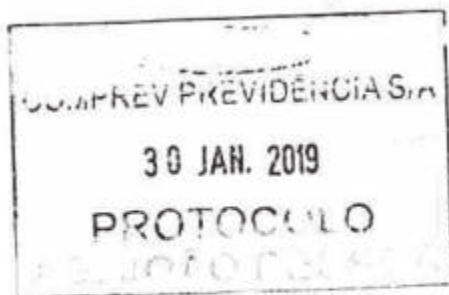
Assinatura do Procurador (se houver)

30 JAN. 2019

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

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

agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00565.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00565.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:49 horas do dia 16 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Eronildo Francisco do Nascimento**, CPF nº 075.122.264-03, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fatima do Nascimento e Sebastião Francisco Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sitio Mituaçu, Nº S/N, complemento GRANJA SITIO MITUAÇU, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo Ao Terminal de Ônibus, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99355-4143.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sitio Mituaçu, Proximo Ao Ponto Final de Coletivo, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 17/08/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 17/08/2018 às 18h52min, foi vítima de um acidente automobilístico quando estava pilotando a moto HONDA /NXR 150 KS, BROS VERMELHA, ANO/MOD 2006/2007, COM PLACA MNW.6828/PB, de propriedade do seu irmão de nome MOACIR FRANCISCO DO NASCIMENTO, chassi. 9C2KD03207R000860, ao transitar com a mesma em uma estrada de barro, e ao dar uma frenagem brusca na moto, caiu ao solo e ao levantar foi direto par ao hospital de traumas de mangabeira, onde foi atendido e passado por avaliação médica, foi evidenciado que havia fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Que foi feito procedimento cirúrgico no dia 22/08/2018, com alta medica no mesmo dia 22/08/2018.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

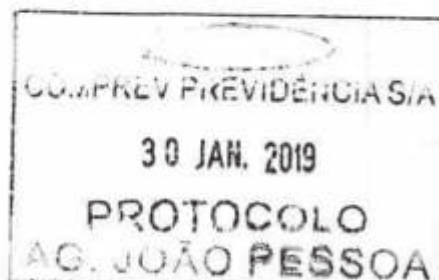
João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2019.

JOSE INACIO DA SILVA NETO

Agente de Investigação

ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Noticiante



Procedimento Policial: 00565.01.2019.1.00.401



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00565.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00565.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:49 horas do dia 16 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Eronildo Francisco do Nascimento**, CPF nº 075.122.264-03, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fatima do Nascimento e Sebastião Francisco Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sitio Mituaçu, Nº S/N, complemento GRANJA SITIO MITUAÇU, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo Ao Terminal de Ônibus, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 99355-4143.

Dados do(s) Fatos:

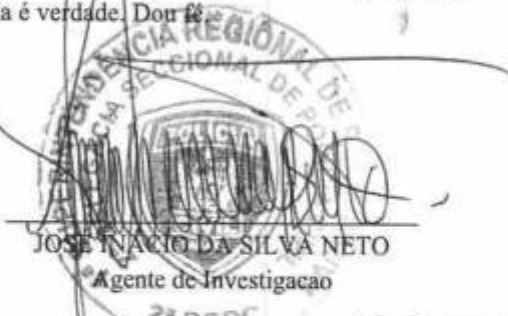
Local: Sitio Mituaçu, Proximo Ao Ponto Final de Coletivo, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 17/08/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

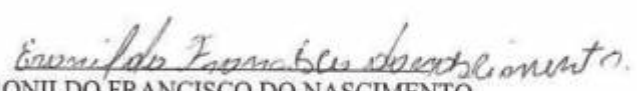
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

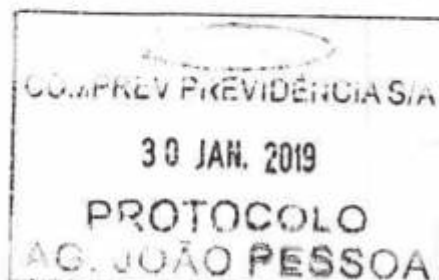
Que no dia 17/08/2018 às 18h52min, foi vítima de um acidente automobilístico quando estava pilotando a moto HONDA /NXR 150 KS, BROS VERMELHA, ANO/MOD 2006/2007, COM PLACA MNW.6828/PB, de propriedade do seu irmão de nome MOACIR FRANCISCO DO NASCIMENTO, chassi. 9C2KD03207R000860, ao transitar com a mesma em uma estrada de barro, e ao dar uma frenagem brusca na moto, caiu ao solo e ao levantar foi direto par ao hospital de traumas de mangabeira, onde foi atendido e passado por avaliação médica, foi evidenciado que havia fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Que foi feito procedimento cirúrgico no dia 22/08/2018, com alta medica no mesmo dia 22/08/2018.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 16 de janeiro de 2019.


JOSE INACIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação


ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Policial: 00565.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF titular:

Nome completo da vítima:

07512226403

Ernildo Francisco do Nascimento

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

Nome completo:

CPF:

07512226403

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1033

CONTA:

02548

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

João Pessoa - PB 30/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

30 JAN. 2019

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

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

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

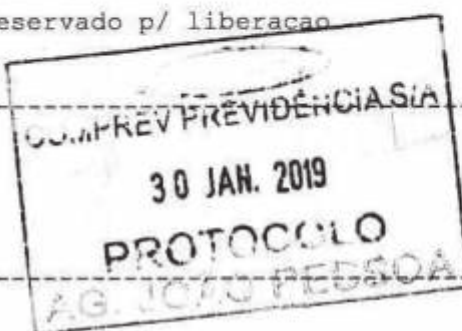
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

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/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Central de Fraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS
C.N.P.J.: 08682890000170
End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000
Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 261442

DADOS PESSOAIS

FICHA DO PACIENTE

Recep.: ELVIS

Prontuário: 261442

DATA/HORA: 17/08/2018 12:39:44

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Nasc.: 20/11/1984 - 33 Anos, 8 Meses

Profissão: AUTONOMO Identidade: 3233456 O.E: SSP CPF:

Mãe: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

Pal: SEBASTIAO FRANCISCO NASCIMENTO

Sexo: MASCULINO

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

End.: PROJETADA S/N Bairro: CENTRO

Cidade: CONDE Estado: PB Cod. Município: 250460

Fone: 99108-3485

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Médico: JACIARA FERNANDES FLORÊNCIO

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 17/08/2018

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Rx S = QLD cl desmo

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

TRATAMENTO REALIZADO:

trt curativo
do OMTM


Dra Jaciara Fernandes Florêncio
Ortopedia-traumatologia
CRM 8207



CERTIDÃO

Nº. 1609/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155021 e Prontuário nº 2018.08.002669 pertencentes a **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 17/08/2018 às 18H52min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em 3º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3437
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC JOÃO PESSOA

TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 155021

Atd: Nao Regular

XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/08/2018

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:52:36

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

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2018.08.002669

CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO MITUACU,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456

Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

EDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS

*Ha 08 dias trauma em MB esquerda. Encaminhado
da central de fraturas com diagnóstico*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) de fratura

Somente RX na mão S/ trauma

Não houve

Rx: fratura humero proximal

30-08-2018

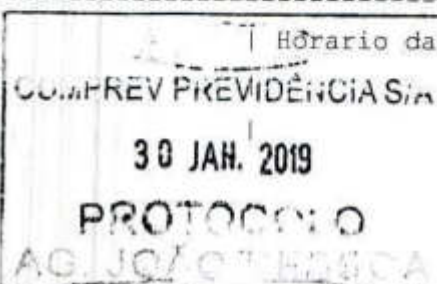
Diagnostico

| Conduta

CD: IMOB

Prescricao

| Horário da medicacao



DR. THOMAS P. ...

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

servado p/ liberaçao

COMPREV PREVIDENCIASIA

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PEDRO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000102548-6

Nr. da Autenticação CEEFCF4152E09B16

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é equivalente em valor

Valor em reais e centavos para depósito em nome da empresa elétrica - Nº 018.015.111



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.825-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

SIT: MITUACU SIN CASA PONTO FINAL DOS ONIBUS

CONDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1592250-3

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

04/01/2019

CONSUMO

225

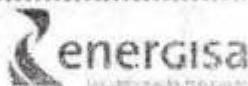
VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,30

Acesso: www.energisa.com.br



VENDEDORES

MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

Roteiro: 01-021-541-3060

83680000001-7 66300054000-0 15922502019-1 01900021019-5

VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 166,30

MATRÍCULA

1592250-2019-01-9



COMPREV PREVIDÊNCIA SIN

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

[illegible]

Call now 1-800-222-2222 or visit us online at www.2222.com
 Call your Fiat Automobili. 0001692222

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
Demonstrativo						
00	Grupo	Demanda Fixa		Var. Fixação	Al. Unif. R\$	Emp. R\$
				Med. Tar. R\$	Unif. R\$	Unif. R\$
0001	Consumo kWh	220.000.000.000	502.40	157.40.28	48.11	180.45
0001	Adm. B. Variação		4.73	4.73.28	1.19	4.73
0001	Adm. B. Amort.		2.00	2.00.28	0.65	2.00
CARGANTENÇAS E SERVIÇOS						
0001	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA		11.34	0.00.00	0.00	0.00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62
Histórico de Consumo (kWh)		

6	23	44	20	4	10	22	22	12	20	12	14
Nov12	Dec11	Jan12	Feb12	Mar12	Apr12	May12	Jun12	Jul12	Aug12	Sep12	Oct12

0826.1019.0d41 dba6 93f8 d1ab 4061 cb22

Indicadores de Qualidade			Comparação de Empresas		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DE VOLTAGEM	5 a 10	9,23	NOMINAL	100	
DE FREQUÊNCIA	59,9 a 60,1				
DE TEMPERATURA	20 a 30				
DE UMIDADE	30 a 70				
DE PRESSÃO	9 a 11				
DE TEMPERATURA	9 a 17	9,00	CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70		CONTINUAÇÃO		
DE PRESSÃO	9 a 11		CONTINUAÇÃO		
DE TEMPERATURA	9 a 17		CONTINUAÇÃO		
DE UMIDADE	30 a 70</				

ATENÇÃO

Facturas em atraso

COMPRÉV PRÉVIDENCIA S.

30 JAN. 2019

PROTOCOLLO

References

學人雜誌社

Math 12-5-2014-490
Math 12-5-2014-2014-490

83840000001-1 98620149000-0 16983562018-7 11400005019-4



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 221204 (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/BIBLIOTECASWEB/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 Alexandra Gera Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754/74 +
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gracindo Francisco do Nascimento Inscri
(a) no CPF sob o Nº 075122264/03, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítim
Gracindo Francisco do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 075122264/03, conform
determinação da Circular Susep 445/12:

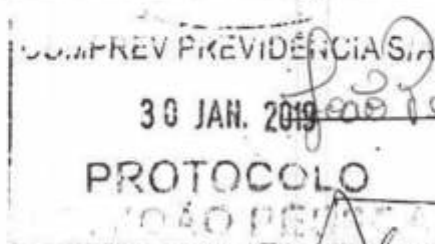
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatório

☒ Recuso informar

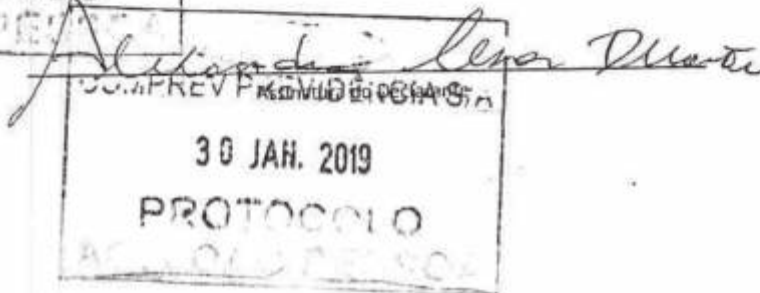
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)



Local e Data



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moacir Francisco do Nascimento

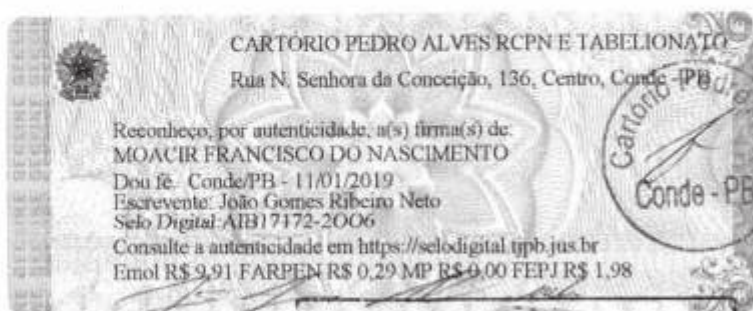
• RG nº 1939406, data de expedição 20/05/2005
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 024618-04, com
domicílio na cidade de Conde, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Mituacu, nº 511

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 Tomásildo Francisco do Nascimento cujo o condutor era
Tomásildo Francisco do Nascimento

Veículo: moto
Modelo: HONDA / NXR 150 RS
Ano: 2006/2007
Placa: MIV W 6828 / PB
Chassi: QC2K D03 207R 000 860
Data do Acidente: 27-08-18
Local e Data: Conde, 11-01-19

Moacir Francisco do Nascimento
Assinatura do Declarante

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



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
RG. JOAO PESSOA

CERTIDÃO

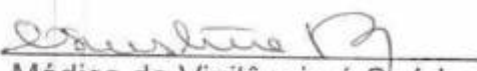
Nº. 1609/2018

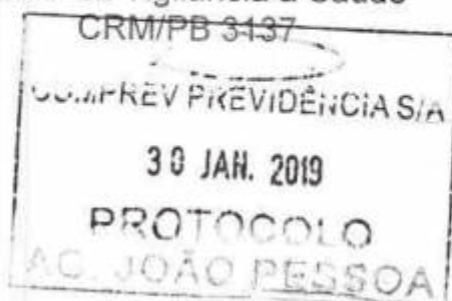
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155021 e Prontuário nº 2018.08.002669 pertencentes a **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 17/08/2018 às 18H52min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em 3º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde



TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 155021

Atd: Nao Regular

XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/08/2018

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:52:36

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

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2018.08.002669

CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO MITUACU, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456

Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

EDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS

*HA 08 DIAS TRAIUMA EM MAO ESQUERDA. ENCONTRANDO
DA CENTRAL DE FRATURAS COM DIAGNOSTICO*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*de FRATURA
SOLICITO RX DA MAO SI/TUA*

NEGA TRAUMA.

Rx: FRATURA HUMERO PROXIMAL

30-08-2018

Diagnostico

Conduta

CDI / MOB

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

*DR. Tarcisio P. Burity
Médico ORTOPEdia
CRM: 10000 / RBO
TURA ORTOPEdia*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

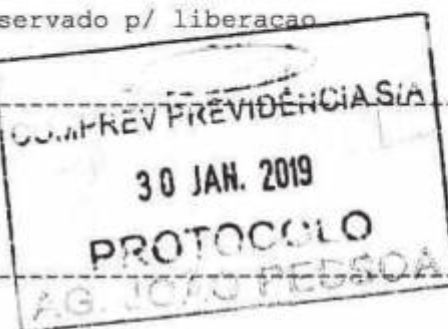
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



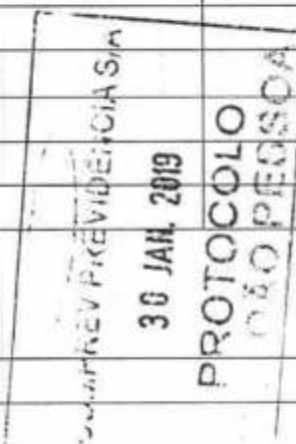
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO				Registro: 2018082669	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			Traumatologia		
Data: 22 / 08 / 2018			Cirurgião: Luis Filipe Lessa		
1º Assistente: Flávio Loyola			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura de falange proximal do 3º Qdd					S626
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Redução incruenta + fixação com fios k					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (X) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta de fratura de falange proximal do 3º qdd + fixação percutânea com 02 fios K 1.0 sob fluoroscopia

Bom controle radioscópico dinâmico.

Curativo

Tala luva

Achados:

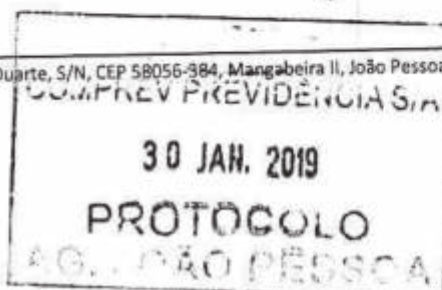
Fechamento:

OBS:

Data: 22 / 08 / 18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



CERTIDÃO

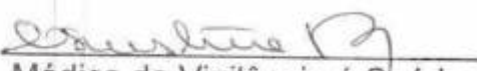
Nº. 1609/2018

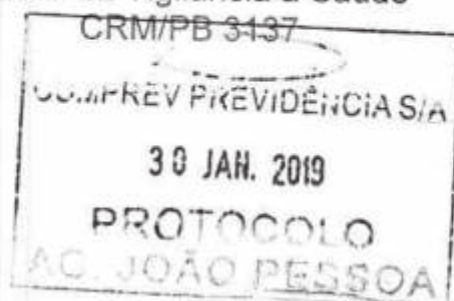
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155021 e Prontuário nº 2018.08.002669 pertencentes a **ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 17/08/2018 às 18H52min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em 3º dedo da mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da falange proximal de 3º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018


Médica da Vigilância à Saúde



TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 155021

Atd: Nao Regula

XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 17/08/2018

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:52:36

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

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Num. Prontuario: 2018.08.002669

CNS: 705808404627132 Sexo: M IDENTIDADE: 3233456 Fone: 991063485

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO MITUACU,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA DO NASCIMENTO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Tel/Doc. Responsavel: 991063485 / IDENTIDADE: 3233456

Procedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

EDENTE DA CENTRAL DE FRATURAS

*HA 08 DIAS TRAIUMA EM MAO ESQUERDA. ENCONTRANDO
DA CENTRAL DE FRATURAS COM DIAGNOSTICO*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*de FRATURA
SOLICITAO RX DA MAO SI/TIUA*

NEGA TRAUMA.

Rx: FRATURA HUMERO proximal

30-08-2018

Diagnostico

Conduta

CDI / MOB

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

*DR. Tarcisio P. Burity
Médico ORTOPEdia
CRM: 10000 / Conselho
Tribunal ORTOPEdia*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

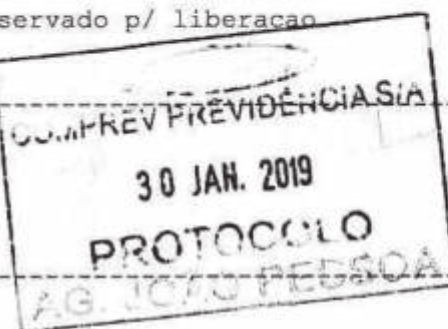
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



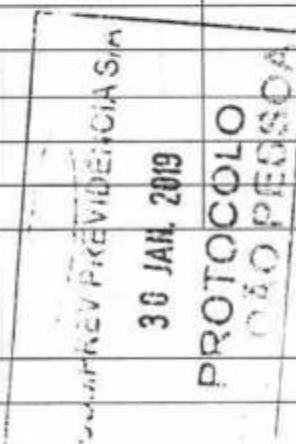
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Nome: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO				Registro: 2018082669	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			Traumatologia		
Data: 22 / 08 / 2018			Cirurgião: Luis Filipe Lessa		
1º Assistente: Flávio Loyola			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura de falange proximal do 3º Qdd					S626
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Redução incruenta + fixação com fios k					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (X) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta de fratura de falange proximal do 3º qdd + fixação percutânea com 02 fios K 1.0 sob fluoroscopia

Bom controle radioscópico dinâmico.

Curativo

Tala luva

Achados:

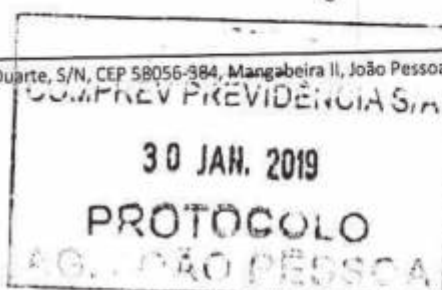
Fechamento:

OBS:

Data: 22 / 08 / 18

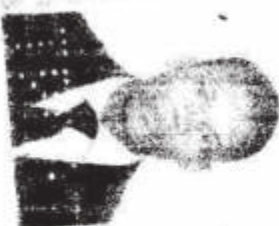
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
INSTITUTO DA PROTEÇÃO E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

P.917



Eronildo Francisco do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 2 3 3 4 5 5 DATA DE EXPIRAÇÃO 31 MAI 2004

NOME ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO Sebastião Francisco Nascimento
Maria de Fátima do Nascimento

JOÃO PESSOA PB 20.11.1984

DOC. ORDEM Cert. Nasc. nº 6382 fls. 94
liv. nº A-7 Cart. de Conde Pb

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

075 122.264-0

ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

20/11/1984

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190082435 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 4 E 5.

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Eronildo Francisco do Nascimento
 brasileiro(a), estado civil casado, profissão
autônomo, CI RG nº 3233456,
 CPF/MF nº 075.122.264-03 residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Milanez 510,
 Cidade de Promete, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, 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.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

João Pessoa, 30 de Janeiro de 20 19.

PESSOA MILANEZ
3º Ofício de Notas

Eronildo Francisco do Nascimento

OUTORGANTE

PESSOA MILANEZ
Tabela: Conselho de Ética C. Milanez
1ª Substituição: Fernanda Paula C. Milanez Nota

Unidade Notarial - 3º Tabelionato de Notas
Praça Antônio Roberto, 16 - Varadouro
João Pessoa - PB - Fone: (33) 3221-1000 FAX: (33) 3221-1001

ESCREVENTE

ESCREVENTE
 ELAINE FREITAS GOMES
 CARTÓRIO PESSOA MILANEZ
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 JOÃO PESSOA/PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s)
ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO.
 João Pessoa/PB 10/01/2019
 em testemunho da verdade. Dou fé
 Escrevente Elaine Freitas Gomes
 Selo Digital: AHW77638-6IET
 Confira os dados em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
 Ecol: R\$0,01 ISS R\$0,50 Forpim R\$0,20 Pap J R\$1,02 HP R\$0,10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035356/19

Número do Sinistro: 3190082435

Vítima: ERONILDO FRANCISCO DO NASCIMENTO

CPF: 075.122.264-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: ERONILDO FRANCISCO
DO NASCIMENTO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

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: 28/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA