



07/10/2020

Número: **0841363-87.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35200381	07/10/2020 10:48	2755868_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

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

Carta nº 14078034

Pag. 01803/01804 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

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

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

Pag. 01679/01680 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14079046





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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 0000020227-5

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 108.939.844-18 Nome completo da vítima: José Ferreira de S. Junior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: José Ferreira de S. Junior CPF: 108.939.844-18
Profissão: Recusado Endereço: Rua Artur Guedes dos Anjos 82 Complemento: _____
Bairro: Atiplama Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: _____ Tel (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 00227 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a liberação do crédito, quitando 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 da requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 esboçado, solicito a prescrição da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica do IML da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.104/74, art. 9º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gravidez da vítima 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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 300 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Ferreira de S. Junior

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado, deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do infirmo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____ CPF: _____
2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02638.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02638.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 08 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Ferreira de Souza Junior**, CPF nº 108.939.844-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria do Socorro Matias de Souza e Jose Ferreira de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/09/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Artur Enedino dos Anjos, Nº 90, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Apt 304, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98609-3614;

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Antonio Carlos Araújo; XXX, João Pessoa/PB; bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/18 16:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

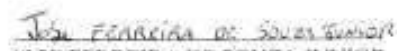
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 15/09/2018, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA NQK-9793/PB, CHASSI 9C2KC1670DR021408, NA RUA ANTONIO CARLOS ARAUJO, CABO BRANCO, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL LHE TRANCOU NAQUELA RUA, VINDO A CAIR DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PATELA DIREITA, CONFORME CERTIDÃO 0158/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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

João Pessoa/PB, 08 de março de 2019


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 02638.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 108.939.844-18 Nome completo do vítima: José Ferreira de S. Junior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: José Ferreira de S. Junior CPF: 108.939.844-18
Profissão: Recusado Endereço: Rua Artur Guedes dos Anjos 82 Complemento: _____
Bairro: Atiplama Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: _____ Tel (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0042

(informar o dígito se existir)

CONTA: 00227

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a liberação do crédito, quitando 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 da requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 esboçado, solicito a prescrição da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a avaliação médica e causal da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.104/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grão 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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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 300 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado, deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do infirmo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPLEJO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 163676 Atd: Nao Regulado
Data: 15/09/2018
Hora: 18:08:17
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.09.002096

Nome: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3922945 Fone: 988244062

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 05/09/1995 Id: 23 ano(s)

End.: RUA ARTUR ENEDINO DOS ANJOS, 90 CARTAO DO SUS 206141953270000

Bairro: ALTIPLANO CABO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO SOCORRO MATIAS DE SOUZA

Pai: JOSE FERREIRA DE SOUZA

Raca: PARD A etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA THAIS AMANDA

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO DE CARONA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CABO BRANCO

Vitima de violencia por: HJ AS 16/30 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: ER:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: A. Ma:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: 02%:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: DATA: 26.09.18

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal:

[] Vomito

Observacao

VA DE MOTO

Hora:

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame físico realizado no momento da chegada ao pronto-socorro. Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação, pele seca e mucosas pálidas. Não há sinais de trauma externo. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Sinais vitais: PA 90/60, FC 120, FR 20, SpO2 95%. Paciente consciente e orientado.

Diagnostico

Conduta

- 1) Análise de sangue
- 2) Rx tórax e abdome
- 3) Tratamento sintomático

Prescrição

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
15 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

5) Sol. TC de Crânio + Observação

Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM: 25.140
CBO: 31.21.01



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:	05/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000020227-5

Nr. da Autenticação DE0C04CF9A28E273



JOSE FERREIRA DE SOUZA
 END: RUA BENEDETO DOS SANTOS, 31, JARDIM - TERESIA
 C. ADRESSADA: FEECEP 5800000-00-11
 Emissão: 19/03/2019 Emissão: 19/03/2019
 C. ADRESSADA: RESCUTAL (Hedra) - 11/03/2019
 Emissão: 19/03/2019 Emissão: 19/03/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0195
 Acesso: www.energis.com.br

Conta referente a: Apresentação Data prevista da
 previsão leitura CBF/CNPJ/RAVE

Fev / 2019 26/03/2019 28/03/2019 726 566 134-44

UC (Unidade Consumidora): 5/1696650-9
 Canal de contato

Este documento é uma cópia eletrônica do documento original.
 A validade deste documento é atestada pelo sistema de autenticação eletrônica da ENERGISA.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Difer.
Paga	Letra	Conto		
Demonstrativa				
01	01	01	01	01
02	02	02	02	02
03	03	03	03	03
04	04	04	04	04
05	05	05	05	05
06	06	06	06	06
07	07	07	07	07
08	08	08	08	08
09	09	09	09	09
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	66	66	66	66
67	67	67	67	67
68	68	68	68	68
69	69	69	69	69
70	70	70	70	70
71	71	71	71	71
72	72	72	72	72
73	73	73	73	73
74	74	74	74	74
75	75	75	75	75
76	76	76	76	76
77	77	77	77	77
78	78	78	78	78
79	79	79	79	79
80	80	80	80	80
81	81	81	81	81
82	82	82	82	82
83	83	83	83	83
84	84	84	84	84
85	85	85	85	85
86	86	86	86	86
87	87	87	87	87
88	88	88	88	88
89	89	89	89	89
90	90	90	90	90
91	91	91	91	91
92	92	92	92	92
93	93	93	93	93
94	94	94	94	94
95	95	95	95	95
96	96	96	96	96
97	97	97	97	97
98	98	98	98	98
99	99	99	99	99
100	100	100	100	100

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

R\$ 87,43

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 15 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





Gratias agimus tibi, Domine, qui
Christum, unigenitum tuum, in mundum
misi, qui per suam carnem et sanguinem
propter nos et propter nos salutem
redemptionem nostram se ipsum
pro nobis immolavit, ut nos
sibi reconciliaret, et in
seipso glorificaret.

[illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 109–116

Atendimento ao Cliente 0800 083 0196 www.cemig.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1688358-7

Casi de contacto

[illegible][illegible][illegible]

Arctia urticae (Linn.)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

100

28/01/2019

RS 195.22

Historical Consumption Study

22	26	30	34	38	42	46	50	54	58	62	66	70	74	78	82	86	90	94	98	102	106	110	114	118	122	126	130	134	138	142	146	150	154	158	162	166	170	174	178	182	186	190	194	198	202	206	210	214	218	222	226	230	234	238	242	246	250	254	258	262	266	270	274	278	282	286	290	294	298	302	306	310	314	318	322	326	330	334	338	342	346	350	354	358	362	366	370	374	378	382	386	390	394	398	402	406	410	414	418	422	426	430	434	438	442	446	450	454	458	462	466	470	474	478	482	486	490	494	498	502	506	510	514	518	522	526	530	534	538	542	546	550	554	558	562	566	570	574	578	582	586	590	594	598	602	606	610	614	618	622	626	630	634	638	642	646	650	654	658	662	666	670	674	678	682	686	690	694	698	702	706	710	714	718	722	726	730	734	738	742	746	750	754	758	762	766	770	774	778	782	786	790	794	798	802	806	810	814	818	822	826	830	834	838	842	846	850	854	858	862	866	870	874	878	882	886	890	894	898	902	906	910	914	918	922	926	930	934	938	942	946	950	954	958	962	966	970	974	978	982	986	990	994	998	1002	1006	1010	1014	1018	1022	1026	1030	1034	1038	1042	1046	1050	1054	1058	1062	1066	1070	1074	1078	1082	1086	1090	1094	1098	1102	1106	1110	1114	1118	1122	1126	1130	1134	1138	1142	1146	1150	1154	1158	1162	1166	1170	1174	1178	1182	1186	1190	1194	1198	1202	1206	1210	1214	1218	1222	1226	1230	1234	1238	1242	1246	1250	1254	1258	1262	1266	1270	1274	1278	1282	1286	1290	1294	1298	1302	1306	1310	1314	1318	1322	1326	1330	1334	1338	1342	1346	1350	1354	1358	1362	1366	1370	1374	1378	1382	1386	1390	1394	1398	1402	1406	1410	1414	1418	1422	1426	1430	1434	1438	1442	1446	1450	1454	1458	1462	1466	1470	1474	1478	1482	1486	1490	1494	1498	1502	1506	1510	1514	1518	1522	1526	1530	1534	1538	1542	1546	1550	1554	1558	1562	1566	1570	1574	1578	1582	1586	1590	1594	1598	1602	1606	1610	1614	1618	1622	1626	1630	1634	1638	1642	1646	1650	1654	1658	1662	1666	1670	1674	1678	1682	1686	1690	1694	1698	1702	1706	1710	1714	1718	1722	1726	1730	1734	1738	1742	1746	1750	1754	1758	1762	1766	1770	1774	1778	1782	1786	1790	1794	1798	1802	1806	1810	1814	1818	1822	1826	1830	1834	1838	1842	1846	1850	1854	1858	1862	1866	1870	1874	1878	1882	1886	1890	1894	1898	1902	1906	1910	1914	1918	1922	1926	1930	1934	1938	1942	1946	1950	195
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----

$$H_{\text{eff}}^{\text{eff}}(H) = \text{Tr}(H) = \text{Tr}(F_{\text{eff}}^{\text{eff}})$$

85f1, 68f1, 6642, 63c2, 6aed, 644b, 6cd1 f932

[illegible]

ATENÇÃO

上海外灘國際會展中心有限公司

2019年12月15日

Fatura em branco

FAMIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
-------	------------	---------------

Wetland: 72-0-202-400

28/01/2018

RS 195 32

83680000001-6 05220149000-2 18983582019-5 01300005019-8





JOSÉ FERREIRA DE SOUZA
PÁTRIA ART. 1º, INCENSO DOS RUIZOS Nº 1, AP 304 - A. TERLAND
JACAO PESSOA / PE CEP 56000003 (AG 1)
Entrada: 25-02-2010 Referência: Fev 2019
Cadastro RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Município: 18 - E- 328 - 29670 AP 060-000 0000557039

0800 083 0196
Energisa
Cald. para Bth Automático: 0011296509
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Feb / 2019 25/02/2019 26/03/2019 348

5/1696650-9

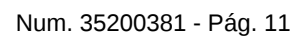
Canal de contacto

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura			
2007-01-01	0	2007-01-01	0			
Demonstrativa						
Cantidad	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cu	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0001 Consumo en Mm						
		2007-01-01	0.00	0.00	0.00	0.00
0002 Consumo de agua fría						
		2007-01-01	0.00	0.00	0.00	0.00
0003 Consumo de agua caliente						
		2007-01-01	0.00	0.00	0.00	0.00

CRECIMIENTO **TOTAL A PAGAR**

R\$ 87,43



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 157 - SALA 05 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP 58056384 (AO 1)

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
Classe de Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Retorno: 12 - 5 - 292 - 450 Matrícula: 0000687525

energisa

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B/259 Km 25 - Lado Retorno - João Pessoa / PB - CEP 58071-020
CNPJ: 09.046.143/0001-40 Ins. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal/Conta de Energia: 8511.69f1
Cód. para Dth Automático: 00011883587

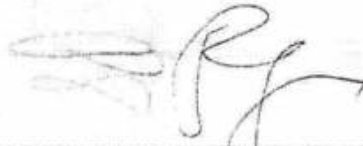
Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-46

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupa possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 19/12/18 Leitura: 3510	Data: 21/01/19 Leitura: 3735	1	225	33
Demonstrativo				
CCI - Serviços				
Quantidade Tarifas Valor Base Cód. Ade. Item (R\$) Base Cód. Forçad. Cód. (R\$)				
Tributos (Tributos ICATARS) ICMS Fica Cód. (R\$) (1,0445%) (A.0005%)				
0601 Consumo em kWh	222.000 0,829810	184,17	184,17	25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	11,05	0,00	0	0,00

CCI - Código de Classificação do item TOTAL 185,22 184,17 40,94 184,17 1,86 9,20

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
181 **28/01/2019** **R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh)

44 | 26 | 4 | 180 | 221 | 223 | 187 | 200 | 197 | 204 | 220 | 222
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVAÇÃO FISCAL

85f1.69f1 dd42.d3c2.aaed 644b.9cc1.f932

Indicadores de Qualidade (V/100) Média Mensal

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC. MENSAL	5,16	0,00	
DIC. TRIMESTRAL	10,38		ANUAL 220
DIC. ANUAL	20,77		
RIC. MENSAL	3,39	0,00	CONTRATADO 200
RIC. TRIMESTRAL	6,47		LAJATE SUPERIOR 221
RIC. ANUAL	12,95		
DM -	15,94	0,00	
DM -	15,92		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PD	45,04	23,05
Compra de Energia	64,74	33,13
Serviços de Transmissão	7,01	3,59
Encargos Setoriais	10,85	5,40
Imposto de Renda e Energia	88,99	45,40
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

VALOR BÚS (R\$ 11/2018) R\$ 66,51

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAR. 2019
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO

PARABÁ **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

Retorno: 12 - 5 - 292 - 450 **28/01/2019** **R\$ 195,22**
Matrícula: 1698358-2019-01-3

836900000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIU/OTECWEB/D0CORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=39636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu,

Alexandra Gera Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 503 754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Ferreira de S. Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 108 939 844 18

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Ferreira de S. Junior

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 108 939 844 18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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>57</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Angaúba</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19

Alexandra Gera Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 0158/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e 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 163676 e Prontuário nº 2018.09.002096 pertencentes a **JOSE FERREIRA DE SOUZA JR** que foi atendido dia 15/09/2018 às 18H08min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em joelho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de patela direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/09/2018 com alta médica dia 29/09/2018.

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

João Pessoa, 15 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPLEJO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 163676 Atd: Nao Regulado
Data: 15/09/2018
Hora: 18:08:17
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.09.002096

Nome: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3922945 Fone: 988244062
Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 05/09/1995 Id: 23 ano(s)
End.: RUA ARTUR ENEDINO DOS ANJOS, 90 CARTAO DO SUS 206141953270000
Bairro: ALTIPLANO CABO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA DO SOCORRO MATIAS DE SOUZA Pai: JOSE FERREIRA DE SOUZA
Raca: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA THAIS AMANDA
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Precedencia: RUA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Transporte utilizado: VEIO DE CARONA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CABO BRANCO

Vitima de violencia por: HJ AS 16/30 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: ER:

EC: TP:

Peso: A. Ma:

Glicemia: O2%:

Circ. Abd: DATA: 26.09.18

Queixa Principal:

VA DE MOTO

Hora:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame físico realizado no momento da chegada ao pronto-socorro. Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação, pele seca e mucosas pálidas. Não há ferimentos visíveis. Sinais vitais: FC 120 bpm, PA 90/60 mmHg, SpO2 95%, T 36,5°C. Exame físico: sem alterações. Paciente em estado de choque, com sinais de desidratação, pele seca e mucosas pálidas. Não há ferimentos visíveis. Sinais vitais: FC 120 bpm, PA 90/60 mmHg, SpO2 95%, T 36,5°C.

Diagnostico

Conduta

- 1) Analise de sangue
- 2) Rx de abdome
- 3) Analise de urina

Prescricao

Horario da medicacao



5) Sol. TC de Crânio + Observação
Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM 25.140
CABO DE MOTO



Tumor
15 kg/pe
20:30

Data e Hora PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Paciente com febre e fadiga de 1 mês
Dr. Renato Lygath

Dr. Carlos Figueira S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 92931 / TEOT 15846

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde:

Medicamentos

Dose

Horário

Evolução

B.A.I.
Paciente apresenta anasarca em
1/3 de todo o corpo. Lado (D).
Após TC foi evidenciado quando sugestivo de
fratura de arco zigomático Lado (D), com limi-
tação de abertura bucal. Também possui fratu-
ra no joelho (D) nos quadros TB DA
ORTOPEDIA

Dr. Alexandre de Nobrega
Cirurgia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 44248

Reservado / Liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Taís Amanda da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





Nome: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR			Registro: 2018.09.2096		
Idade: 23 A	Sexo: M	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 28 / 09 / 2018			Cirurgião: CLÉCIO LOPES		
1º Assistente:			2º Assistente:		
3º Assistente:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRATURA PATELA DIR					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
OSTEOSSINTESE COM BANDA DE TENSÃO					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

Dr. Clécio Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9187/SBOT:13144



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Acesso anterior mediano até foco de fratura

Conduta:

Visualizado foco de fratura e realizada drenagem de hemartrose

Irrigação com SF0,9%

Redução de fratura e fixação com 02 fios Kirschner 2.0 e 01 fio de cerclagem em banda de tensão

Irrigação com SF0,9%

Fechamento:

Sutura por planos com pontos descontínuos.

Curativo.

OBS:

Dr. Cláudio Lima Lopes
Ortopedia/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9187/SBOT:13144

Data: 28 / 09 / 2018

MÉDICO/CRM

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Ferreira de S. Junior Data da Admissão: 15/09/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: Dor e edema em pé direito há 3h.
HDA: Paciente infante de guarda de emergência com dor
em pé direito há 3h.
do tipo de dor.
do tipo de dor.
Medicações em uso: Ø
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

[] HTF

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

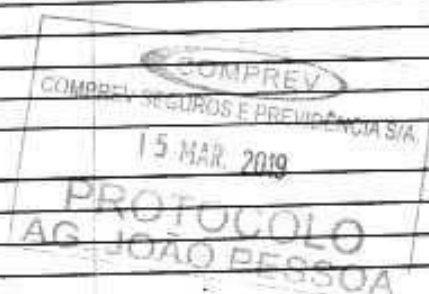
SME: _____

SN: _____

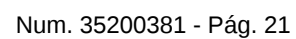
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

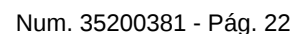
Conduta: _____



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
13 JUL 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
15 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190202993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(BANDA DE TENSÃO P.4)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSÉ FERREIRA DE SOUZA JUNIOR
 brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
VIGILANTE, CI RG nº 3.922.945,
 CPF/MF nº 108.434.844-18, residente e domiciliado(a) à Rua
ARTUR FERNANDES DOS ANJOS,
 Cidade de JUSSARA - PB, Estado
PARNARA, CEP: 58046-130, 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.

Spad Retore, 07 de março de 2019.

3rd OFIC/105

JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089768/19

Número do Sinistro: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

CPF: 108.939.844-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

Documentos de identificação

JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR : 108.939.844-18

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/03/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

