

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Nº Sinistro: **3180575293**

Vítima: **MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Data do Acidente: **13/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575293**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13692757



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575293

MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARINESIO FRANCISCO ALVES

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575293 **Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Data do Acidente: 13/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575293

Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data do Acidente: 13/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINESIO FRANCISCO ALVES

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARINESIO FRANCISCO ALVES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000000435-9**

Conta: **000000131253-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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: _____ CPF da vítima: 7883868149 Nome completo da vítima: Marunésio Francisco Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Marunésio Francisco Alves CPF: 7883868149
Profissão: _____ Endereço: R. Marluce B. Barbalho Número: 350 Complemento: 213
Bairro: Grammahe Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58069-417
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENTA 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: Bradesco

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

AGÊNCIA: 0435 CONTA: 0431253 7
(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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário não requerida
Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02244.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02244.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:35 horas do dia 21 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marinesio Francisco Alves**, CPF nº 788.386.814-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Celina Alves da Silva e Francisco Alves da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 10/02/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Marluce B. cavalcante, Nº 350, complemento BL 2B APT 403, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Terminal de Ônibus do Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98735-6301.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av Princesa Isabel, Bom Preço da Lagoa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/07/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

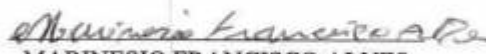
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

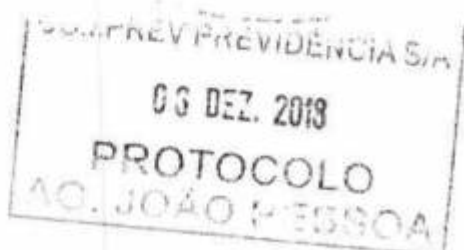
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, ano e modelo: 2013/2014 de cor: preta, placa: OFA2063/PB, chassi nº 9C6KE1950E0028505, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, e que ao chegar em um cruzamento um outro veículo pas/automóvel NISSAN FRONTIER, não sabendo especificar a placa do mesmo nem a cor, como também não sabe o nome do condutor do mesmo; QUE segundo o notificante este veículo não respeitando a placa "PARE" acabou colidindo com o veículo do notificante, que devido ao impacto veio a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO, EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 10.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S52,9 + S02,2

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

João Pessoa/PB, 21 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MARINESIO FRANCISCO ALVES
Noticiante



Procedimento Policial: 02244.01.2018.1.00.420

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: _____ CPF da vítima: 7883868149 Nome completo da vítima: Marunésio Francisco Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Marunésio Francisco Alves CPF: 7883868149
Profissão: _____ Endereço: R. Marluce B. Barbalho Número: 350 Complemento: 213
Bairro: Grammahe Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58069-417
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

REDA 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: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0435 CONTA: 0431253 7

(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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário não requerida
Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

PREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

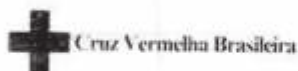
AC. 0000 PESSOA

Assinatura

(*) 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.

29/08

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094327



Identificação do paciente				
ID 1305991	Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49 anos 5 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe CELINA ALVES DA SILVA	Pai FRANCISCO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JULIANA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996643269	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1474944	Nº Cns		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA	
Número 140	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS		
Admissão				
Data e Hora 13/07/2018 12:09:22	Número da pulseira 100005133177	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 140	x	130 mmHg	Pulso 81	Temperatura 35,5°
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Ht 1,60m, consciente, orientado, sem traumas — 08/08/18				
Diagnóstico				
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				

Imprimir

03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINESIO FRANCISCO ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00435-9

CONTA: 000000131253-7

Nr. Autenticação

BRABCO1801201905000000000023700435000000131253472500 PAGO



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CONTRATO: 1.7100.2563.763-8

RECIBO DE PAGAMENTO

Dados do Mutuário

MARINEZIO FRANCISCO ALVES

R MARLUCE B CAVALCANTE

GRAMANE

788.386.814-49

350 BL-2B AP403

JOAO PESSOA

PB 58069-417

Prestação do Mês Nº	012
Prazo do Financiamento	120
Taxa de Juros Contratual	00,0000
Índice de Reajuste Prestação no Mês	
Índice Reajuste Saldo Devedor no Mês	1,00000
Categoria Profissional	
Complemento	
SG RGE	MF 116
L Financeiro/Recursos	313 / 044
TP	310
UNO - Agência do Contrato	0735-8
Extrato de Evolução	
Saldo Devedor Teórico em	01/11/2018
R\$	54.900,04
Juros do Mês (R\$)	0,00
Amortização do Mês (R\$)	508,33
Extrato de Evolução FGTS na Prestação	
Saldo anterior	0,00
Correção Mês	0,00
Utilização Mês	0,00
Saldo Atual	0,00

Descrição dos 12 Últimos Pagamentos

Prest.	Data Venc.	Data Pagª	Valor Devido (R\$)	Valor Pago (R\$)
001	1/12/2017	01/12/2017	185,50	185,50
002	1/ 1/2018	02/01/2018	185,50	185,50
003	1/ 2/2018	31/01/2018	185,50	185,50
004	1/ 3/2018	01/03/2018	185,50	185,50
005	1/ 4/2018	02/04/2018	185,50	185,50
006	1/ 5/2018	02/05/2018	185,50	185,50
007	1/ 6/2018	30/05/2018	185,50	185,50
008	1/ 7/2018	02/07/2018	185,50	185,50
009	1/ 8/2018	01/08/2018	185,50	185,50
010	1/ 9/2018	05/09/2018	185,50	185,50
011	1/10/2018	09/10/2018	185,50	185,50

TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$)

0,00

Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)

Demonstrativo	Valor
PRESTAÇÃO	508,33
SEGURO	
FCVS	
TAXA ADM.	
TAXA OPER. MENSAL	
DIFERENÇA PRESTAÇÃO	
BONUS	322,83
FGHAB	

VENCIMENTO
01/11/2018VALOR A PAGAR
R\$ 185,50

DECLARAMOS QUE AS PRESTAÇÕES DO SEU CONTRATO HABITACIONAL DE 2017 ESTÃO QUITADAS, EXCETO SE HOUVER QUESTÕES JUDICIAIS OU DE EVOLUÇÃO DO CONTRATO. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI AS QUITAÇÕES DOS CARNÊS MENSIS DE 2017 E ANOS ANTERIORES. (LEI 12.007/09)

Via do Mutuário - Autenticação Mecânica

- **Débito Automático em Conta:** Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cómodo e gratuito. Procure a sua agência.
- **Mudança de endereço e telefone:** Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA. Assim, podemos atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- **Canais alternativos para pagamento:** Agência bancária, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Terminais de Auto-atendimento CAIXA e Internet "Banking" CAIXA.
- **2ª via do carnê:** Aproveite mais esta facilidade. Obtenha a 2ª via do seu carnê pela internet, no endereço caixa.gov.br.
- **Pontualidade no Pagamento:** Pague em dia suas prestações habitacionais. Evite transtornos e pagamento de juros por atraso.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Ouvidoria: 0800 725 7474Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492.
caixa.gov.br

|104-0|

10497.31548 30024.117142 00256.376351 7 76950000018550

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Local de Pagamento:

Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas.

Vencimento

01/11/2018

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:

Agência/Código Beneficiário

0647/731543-0

Nosso Número

14024171002563763-9

AQUISICAO PAR

03190167/0001-50 AV SENADOR RUY CARNEIRO, 241

TAMBAU - JOAO PESSOA-PB - 58039-181

Data Documento:	Nº Documento:	Espécie Doc.:	Aceite:	Data Processamento:	(=) Valor do Documento
17/10/2018	31018114024				185,50
Uso do Banco:	Carteira:	Espécie Moeda:	Quantidade:	Valor:	(-) Descontos/Abatimentos

Informações de Responsabilidade do Beneficiário:

(-) Outras Deduções

- Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "Internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI" e em qualquer Agência Bancária.

(+/-) Mora/Multa

- Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da Caixa, Terminais de Auto Atendimento CAIXA, "Internet banking CAIXA", na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI".

(+/-) Outras Acréscimos

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço:

(=) Valor Pago

185,50

MARINEZIO FRANCISCO ALVES

788.386.814-49

R MARLUCE B CAVALCANTE

350 BL-2B AP403

GRAMANE

JOAO PESSOA

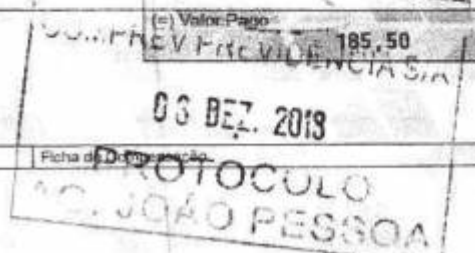
PB

58069-417

Sacador/Avalista

Autenticação no verso

Ficha de Documentação



energisat

[illegible]

2004年12月25日 星期三

Gas as a Dis-Automotive contract

Access: www.ejournals.com.br

CPF/ CNPJ/ RANI

010-845-234-95

5/1698358-7

Canal de contrato

2

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/10/2018, 09:05

RS 207.23

2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818 2819 2820 2821 2822 2823 2824 2

acb7.d360.4152.6dfc,e508.1855.4f76.7143

Indicadores de Qualidade

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Source: Tropical Agribusiness Survey 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679,

2024/12/11

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Received 11 June 2002; accepted 11 July 2002
Published online 11 September 2002 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/anie.200200415

29/10/2018

RS 207.23

83670000002-6 07230149000-8 16883562018-7 10600005018-0



PROTOCOLLO
03 DEL 2018
REV PREVIDENCIA SIN

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: _____ CPF da vítima: 7883868149 Nome completo da vítima: Marunésio Francisco Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Marunésio Francisco Alves CPF: 7883868149
Profissão: _____ Endereço: R. Marluce B. Barbalho 350 Complemento: B2 2B
Bairro: Grammahe Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58069-417
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENTA 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: Bradesco

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

AGÊNCIA: 0435 CONTA: 0431253 7
(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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário não requerida
Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

PREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

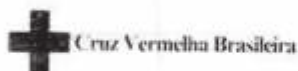
AC. 0000 PESSOA

Assinatura

(*) 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.

29/08

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

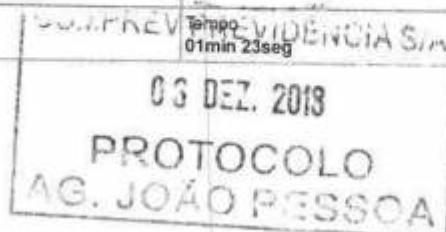
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094327



Identificação do paciente				
ID 1305991	Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49 anos 5 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe CELINA ALVES DA SILVA	Pai FRANCISCO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JULIANA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996643269	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1474944	Nº Cns		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA	
Número 140	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS		
Admissão				
Data e Hora 13/07/2018 12:09:22	Número da pulseira 100005133177	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 140	x	130 mmHg	Pulso 81	Temperatura 35,5°
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Ht 1,60m, consciente, orientado, sem traumas — 08/08/18				
Diagnóstico				
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				

Imprimir





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

EV -



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARINESIO FRANCISCO ALVES
DATA DE NASCIMENTO	10/02/69
NOME DA MÃE	CELINA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.094.327
DATA DO ATENDIMENTO	13/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE OPN
CID 10	S52.9 + S02.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, consciente e orientado, referindo dor em antebraços. Ferimento corto-contuso em face. Presença de fratura de OPN. Presença de fratura exposta de rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira para tratamento da fratura do rádio.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
RX de antebraço direito
RX de antebraço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura exposta de rádio esquerdo.
Fratura de OPN

TRATAMENTO:

Atendimento. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR: 13/07/18
DATA DA EMISSÃO: 10/10/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES	BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS
Mãe CELINA ALVES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996643269
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Reg. al 3777/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 15:08:09	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, AFIRMA USO DE CAPACETE, NEGA VÔMITO E DESMAIO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO EM BEG. AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL MANTIDA, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL, MOBILIDADE EM OPN, OBSTRUÇÃO NASAL, COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN. AO EXAME TC OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN.

CD AVALIAÇÃO BMF, ORIENTAÇÕES, PACIENTE POSSUI FRATURA EXPOSTA DE RADIO, DESSE MODO, SERÁ ATENDIDO NO TRAUMINHA, DEVIDO A PACTUAÇÃO, A FRATURA DE OPN PODE SER TRATADA PELO SERVIÇO DE CIRURGIA BUCO MAXILO DO TRAUMINHA. LIBERO O PACIENTE.

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

S02.2 Fratura dos ossos nasais

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MARINESIO FRANCISCO ALVES

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA MOTTA		Nº Cons. Regional 11542/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22			Data/Hora Prescrição 13/07/2018 12:17:57	

Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO-CARRO. AFIRMA USO DE CAPACETE. ASSOCIA A DOR EM ANTEBRAÇOS. NEGA CEFALIA, CERVICALGIA, ALERGIAS OU COMORBIDADES.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E DE PRANCHA RÍGIDA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. Pelve ESTÁVEL.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
E: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM FACE, SINAIS DE FRATURA EM ANTEBRAÇOS.

CONDUTA

- ANALGESIA + SUPORTE CLÍNICO
- RADIOGRAFIA CERVICAL, TORÁCICA, PÉLVICA E DE ANTEBRAÇOS + TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
- PARECER DA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

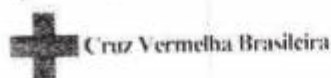
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

GOV. PREV. PREVIDENCIA S.M.
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
C. JOAO PESSOA

Flavio Motta
Médico
CRM/PB 11542



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES	BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS
Mãe CELINA ALVES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996643269
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	UF PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 14:13:57	Nº Cons. Regional 7650/PB

Anamnese

#NCR

#ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS

#TCC SEM ALTERAÇÕES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE

#CD: ALTA NCR - RETIRAR PRANCHA

Conduta

Em observação

MARINESIO FRANCISCO ALVES

Gustavo V. Neves Porto

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
Neurologista (7650/PB)





Data: 13/07/18 12:18
Usuário: FLAVIO JOSE
Boletim 1094327

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES	Data de 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo MASCULINO	Nº 1094327	Nº Prontuário	Data Prescrição 13/07/2018 12:17:57
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 13/07/2018 12:17:00 - 14/07/2018 12:17:00			
Convenio SUS	Matricula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500.0	ML		E.V.	AGORA	12 3
2	SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0					
3	SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0					
4	PARECER ORTO	0.0					

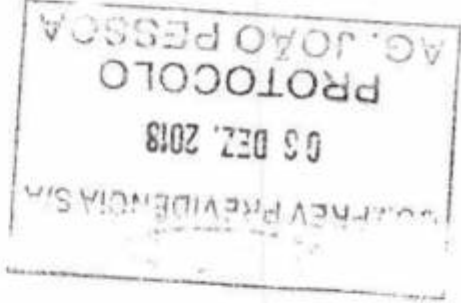
13 de Julho de 2018

FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA
CRM: 11542

[Handwritten signature]

Assinatura e Carimbo do Profissional

Flavio Motta
MÉDICO
CRM/PB 11542





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

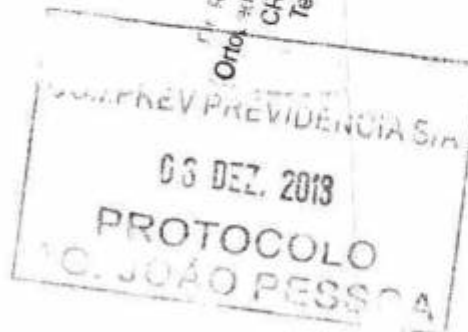


GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES Idade: 49
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.



Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telet: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES Idade: 49
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telet: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		
Data de 10/02/1969	Nº Boletim Emergência 1094327	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO RADIOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO) RADIOGRÁFIA DE TORAX (PA) RADIOGRÁFIA DE BACIA RADIOGRÁFIA DE ANTEBRACO DIREITO RADIOGRÁFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO		
<div>Flávia Motta MÉDICO CRM/PB 11542</div> <div>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA 06 DEZ. 2018 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</div>		

13 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório, ambas, clínicas

TOMOGRÁFIA
13/07/18
13:18
clavina
run

RAIOS-X
TIPO ... 13/07/18
DATA ... 13:18
HORA ... clavina
NOME TÉCN. RAD.: run
ASS.: run



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831432823

Data Nasc: 10/02/1969 - 49 anos

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data Exame: 13/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergênica.

Imagens obtidas em aparelho de múltiplos detectores, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Sinais de fratura do osso nasal.

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

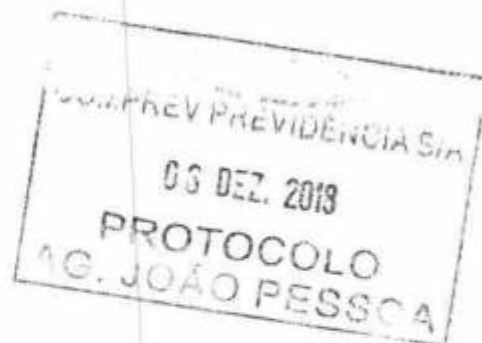
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

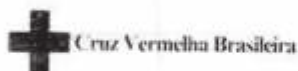
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 13/07/2018 22:04.

Dra. Danielle C .S . Pereira
CRM: 6088 - PB

29/08

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

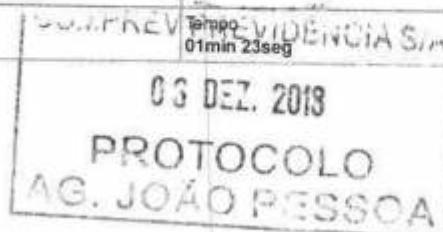
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1094327



Identificação do paciente				
ID 1305991	Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49 anos 5 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe CELINA ALVES DA SILVA	Pai FRANCISCO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JULIANA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996643269	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1474944	Nº Cns		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58078100	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA	
Número 140	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS		
Admissão				
Data e Hora 13/07/2018 12:09:22	Número da pulseira 100005133177	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 140	x	130 mmHg	Pulso 81	Temperatura 35,5°
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Ht 1,60m, consciente, orientado, sem trauma — 08/08/18				
Diagnóstico				
Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA				

Imprimir





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

EV -



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARINESIO FRANCISCO ALVES
DATA DE NASCIMENTO	10/02/69
NOME DA MÃE	CELINA ALVES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.094.327
DATA DO ATENDIMENTO	13/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:09
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DE OPN
CID 10	S52.9 + S02.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, consciente e orientado, referindo dor em antebraços. Ferimento corto-contuso em face. Presença de fratura de OPN. Presença de fratura exposta de rádio esquerdo. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira para tratamento da fratura do rádio.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
RX de antebraço direito
RX de antebraço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura exposta de rádio esquerdo.
Fratura de OPN

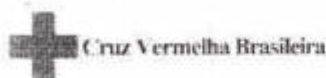
TRATAMENTO:

Atendimento. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	13/07/18
DATA DA EMISSÃO:	10/10/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES	BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS
Mãe CELINA ALVES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996643269
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140	Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU	Nº Cons. Reg. al 3777/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22		Data/Hora Prescrição 13/07/2018 15:08:09	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, AFIRMA USO DE CAPACETE, NEGA VÔMITO E DESMAIO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO EM BEG. AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL MANTIDA, BOA ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO ESTÁVEL, MOBILIDADE EM OPN, OBSTRUÇÃO NASAL, COM SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN. AO EXAME TC OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE OPN.

CD AVALIAÇÃO BMF, ORIENTAÇÕES, PACIENTE POSSUI FRATURA EXPOSTA DE RADIO, DESSE MODO, SERÁ ATENDIDO NO TRAUMINHA, DEVIDO A PACTUAÇÃO, A FRATURA DE OPN PODE SER TRATADA PELO SERVIÇO DE CIRURGIA BUCO MAXILO DO TRAUMINHA. LIBERO O PACIENTE.

CID10

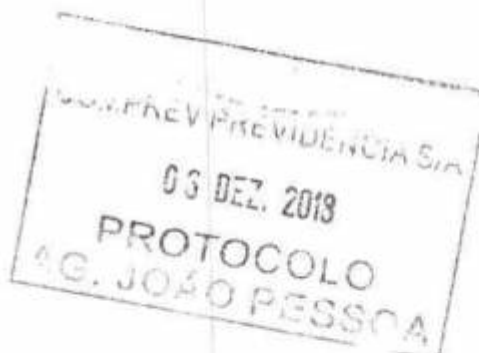
Código	Descrição
S02.2	Fratura dos ossos nasais

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MARINESIO FRANCISCO ALVES

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA MOTTA		Nº Cons. Regional 11542/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22			Data/Hora Prescrição 13/07/2018 12:17:57	

Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO-CARRO. AFIRMA USO DE CAPACETE. ASSOCIA A DOR EM ANTEBRAÇOS. NEGA CEFALIA, CERVICALGIA, ALERGIAS OU COMORBIDADES.

AO EXAME:

A: EM USO DE COLAR CERVICAL E DE PRANCHA RÍGIDA, COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. Pelve ESTÁVEL.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
E: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM FACE, SINAIS DE FRATURA EM ANTEBRAÇOS.

CONDUTA

- ANALGESIA + SUPORTE CLÍNICO
- RADIOGRAFIA CERVICAL, TORÁCICA, PÉLVICA E DE ANTEBRAÇOS + TOMOGRAFIA DE CRÂNIO
- PARECER DA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

GOV. PREV. PREVIDÊNCIA S.M.
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA

Flavio Motta
Médico
CRM/PB 11542



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARINESIO FRANCISCO ALVES		BAE 1094327	Data/Hora Entrada 13/07/2018 12:09:22	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996643269
Mãe CELINA ALVES DA SILVA				Prontuário
Endereço DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 140		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 13/07/2018 12:09:22			Data/Hora Prescrição 13/07/2018 14:13:57	

Anamnesese

#NCR

#ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS

#TCC SEM ALTERAÇÕES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE

#CD: ALTA NCR - RETIRAR PRANCHA

Conduta

Em observação

MARINESIO FRANCISCO ALVES

Gustavo V. Neves Porto

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
Neurologista (CRM 6550/PB)

~~Neurolog (2650/PB)~~





Data: 13/07/18 12:18
Usuário: FLAVIO JOSE
Boletim 1094327

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES	Data de 10/02/1969	Idade 49a 5m 3d	Sexo MASCULINO	Nº 1094327	Nº Prontuário	Data Prescrição 13/07/2018 12:17:57
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 13/07/2018 12:17:00 - 14/07/2018 12:17:00			
Convenio SUS	Matricula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500.0	ML		E.V.	AGORA	12 3
2	SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0					
3	SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0					
4	PARECER ORTO	0.0					

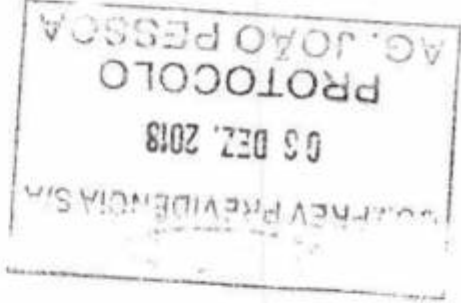
13 de Julho de 2018

FLAVIO JOSE TEIXEIRA ROCHA ATAIDE DA
CRM: 11542

[Handwritten signature]

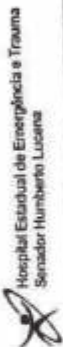
Assinatura e Carimbo do Profissional

Flavio Motta
MÉDICO
CRM/PB 11542





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

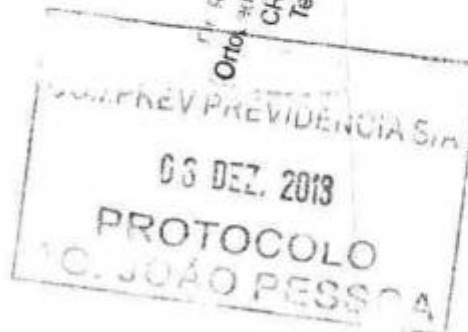


GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES Idade: 49
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.



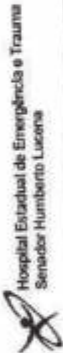
Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telet: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES Idade: 49
Data: 13/07/2018 13:59:46 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1094327

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telet: 15943

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome MARINESIO FRANCISCO ALVES		
Data de 10/02/1969	Nº Boletim Emergência 1094327	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO RADIOGRÁFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) RADIOGRÁFIA DE TORAX (PA) RADIOGRÁFIA DE BACIA RADIOGRÁFIA DE ANTEBRACO DIREITO RADIOGRÁFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO		
<div>Flávia Motta MÉDICO CRM/PB 11542</div> <div>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA 06 DEZ. 2018 COMPREV PREVIDENCIA Sin</div>		

13 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

TOMOGRÁFIA
13/07/18
13:18
clavaria
run

RAIOS-X
TIPO ... 13/07/18
DATA ... 13:18
HORA ... clavaria
NOME TÉCN. RAD.: run
ASS.: run



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831432823

Data Nasc: 10/02/1969 - 49 anos

Paciente: MARINESIO FRANCISCO ALVES

Data Exame: 13/07/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

*** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.

Imagens obtidas em aparelho de múltiplos detectores, sem a injeção endovenosa do meio de contraste iodado.

Análise:

Sinais de fratura do osso nasal.

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.

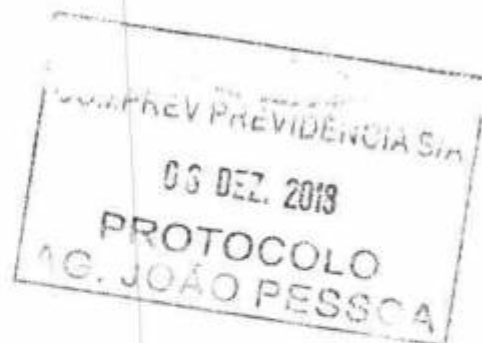
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 13/07/2018 22:04.

Dra. Danielle C .S . Pereira
CRM: 6088 - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIFICACAO (OBS: EMBOSO) Nº
 2627718 SET PR

CPF
 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

PERMISAO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO ACB CACVH
 15 15

Nº REGISTRO 01851269660 VALOR 16/01/2019 1ª HABILITACAO 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
 OS TERRITORIOS NACIONAIS
 894056231

CATEGORIA
 15

ASSINATURA DO PORTADOR
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR RODRIGO CORREIA/BR 66588356744
 PB027919595

DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDA PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 03 DEZ. 2013
 PROTOCOLO
 AC. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930154004

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CÓD. H. N. 14232-EXERCÍCIO

1 0099722918-7 00/00000000 2018

MARINÉSIO FRANCISCO ALVES

78838681449 OFA2063/PB

NOVO PB 9C6KE1950E0028505

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2013 2014

2 P 124 /CI PARTIC 00/00/0000

SEGURO P A G O 26/03/2018

A.F BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA

JOAO PESSOA-PB 26/03/2018

31623 55290



03 DEZ. 2013
PROTOCOLO

COMPREV PREVIDENCIA S.A

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013930154004 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 26/03/2018

VIA 1 78838681449 OFA2063/PB

RENAVAM 70507229197 YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

ANO FAB 2013 9 9C6KE1950E0028505

PREMIO TARIFARIO

SEGURO P A G O

26/03/2018

SEGURADORA LIDER DPVAT

55290-1140532-20180326

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575293 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de antebraço esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com extensas cicatrizes no antebraço esquerdo (vias de acesso cirúrgico ao radio e a ulna), apresenta atrofia muscular braço e antebraço esquerdo, perda de força de membro superior esquerdo grau 4, movimentos, ombro e cotovelos normais, antebraço com bloqueio total da prono-supinação, flexo dorsal punho 0-20°, flexão volar 0-30°, desvio radial 0-5°, desvio ulnar 0-10°. Dificuldade de segurar objetos com mão esquerda. Parestesia de membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu fratura exposta de antebraço esquerdo sendo submetido à tratamento cirúrgico inicial (Limpeza mecânico-cirúrgica) e em segundo tempo em 19/07/2018 fez cirurgia definitiva com redução aberta e fixação interna de fraturas dos ossos do antebraço esquerdo. Evoluindo com cicatrização de feridas operatórias e perda parcial de função de membro superior esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

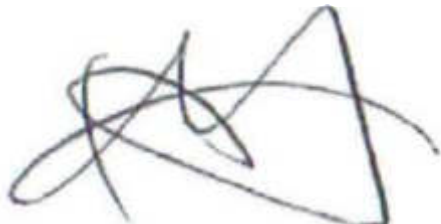
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:			
<u>Marinêsio Francisco Alves</u>			
brasileiro(a),	estado	civil	profissão
<u>motonista</u>		<u>solteiro</u>	
CPF/MF nº <u>788.386.814-49</u>		CI RG nº <u>147.4944</u>	
residente e domiciliado(a) à Rua <u>Marluce B. Cavalcante 350 Bl. 2B</u> <u>ap. 403</u>			
Cidade	de	<u>João Pessoa</u>	Estado
<u>Paraíba</u>		CEP: <u>58069-417</u>	telefone
<u>83-98663-4900, 99105-5363</u>			

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.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018.



Marinêsio Francisco Alves

OUTORGANTE

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JERONIMO KUNTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 56075-800 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3211-4079

Reconheço Por Autenticidade a firma de MARINESIO

FRANCISCO ALVES.[116180], J.Pessoa-PB, 21/11/2018

11:04:53, Emol R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepj:R\$1,90.

ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO

PEREIRA SILVA, São Digital A4UB9326-XS4S Consulte em

<https://selocartorial.timbres.br> cartorioceleida.com.br

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442062/18

Número do Sinistro: 3180575293

Vítima: MARINESIO FRANCISCO ALVES

CPF: 788.386.814-49

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2018

Titular do CPF: MARINESIO FRANCISCO ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 02/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA