

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



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

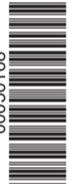
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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: INTERRUÇÃO 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: 788 386 814 49 Nome completo da vítima: Marinêsio Francisco Alves

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

Nome completo: Marinêsio Francisco Alves CPF: 788 386 814 49

Profissão: _____ Endereço: R. Marluce B. Barbaloste Número: 350 Complemento: B2 2B

Bairro: Grammae 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).

RENDAS 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: 0131253 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 ou beneficiário não solicitado

Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marinêsio Francisco Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Leopoldo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: PREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2018

2ª | Nome: _____

CPF: PROTOCOLO

AC. JOÃO 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.



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.**

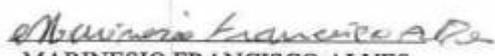
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

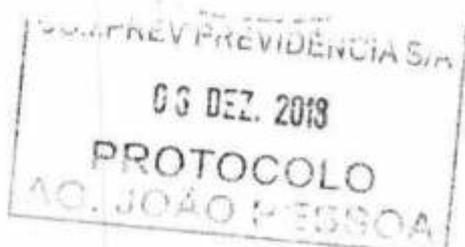
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, ano e modelo: 2013/2014 de cor: preta, placa: OFA2063/PB, chassi nº 9C6KE1950E0028505, registrado em nome do notificante; QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, e que ao chegar em um cruzamento um 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 ALCOBA ARCE, 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, excepo 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: 788 386 814 49 Nome completo da vítima: Marinêsio Francisco Alves

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

Nome completo: Marinêsio Francisco Alves CPF: 788 386 814 49

Profissão: _____ Endereço: R. Marluce B. Barbaloste Número: 350 Complemento: B2 2B

Bairro: Grammae 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: 0131253 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 assinatura não reconhecido

Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marinêsio Francisco Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Leopoldo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: 000-00000000-0

03 DEZ. 2018

2ª | Nome: _____

CPF: 000-00000000-0

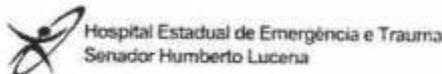
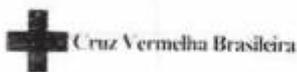
PROTEÇÃO PESSOA

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



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 |
| 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 80 mmHg | Pulso | 81 |
| | | Temperatura | 35,5° |
| Exames complementares | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| | | Liquor [] | ECG [] |
| | | | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos Ht e Hc, consciente, orientado para o tempo e espaço - 08/08/18 | | | |
| Diagnóstico | | CID | |
| Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA | | Tempo de EVIDENCIA S/m 01min 23seg | |

Imprimir

03 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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 Devidor no Mês | 1,00000 |
| Categoria Profissional | |
| Complemento | |
| SG RGE | M 116 |
| L.Financ/Or.Recursos | 313 / 044 |
| TP | 310 |
| UNO - Agência do Contrato | 0735-6 |
| Extrato de Evolução | |
| Saldo Devidor Teórico em | 01/11/2018 |
| RS | 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 Pagt ¹ | 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
01/11/2018

VALOR 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 cômodo 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)
Cuidadora: 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492, caixa.gov.br



10497.31548 30024.117142 00256.376351 7 76950000018550

| | | | | | |
|--|---------------|----------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Local de Pagamento: | | | | | Vencimento |
| Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas. | | | | | 01/11/2018 |
| Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço: | | | | | Agência/Código Beneficiário |
| AQUISICAO PAR | | | | | 0647/731543-0 |
| 03190167/0001-50 AV SENADOR RUY CARNEIRO, 241 | | | | | Nosso Número |
| TANBAU - JOAO PESSOA-PB - 58039-181 | | | | | 14024171002563763-9 |
| 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 |
| | | | | | (-) Outras Deduções |
| Informações de Responsabilidade do Beneficiário: | | | | | (+) Mora/Multa |
| - 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. | | | | | (+) Outras Acréscimos |
| - 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". | | | | | (=) Valor Pago |
| Nomes do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço: | | | | | 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 Distribuição |

PROTÓTIPO DE RECIBO DE PAGAMENTO
03 DEZ. 2018
RECIBO DE PAGAMENTO
MARINEZIO FRANCISCO ALVES
JOAO PESSOA



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: 788 386 814 49 Nome completo da vítima: Marinêsio Francisco Alves

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

Nome completo: Marinêsio Francisco Alves CPF: 788 386 814 49

Profissão: _____ Endereço: R. Marluce B. Barbaloste Número: 350 Complemento: B2 2B

Bairro: Grammae 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: 0131253 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 ou beneficiário não solicitado

Local e Data: João Pessoa PB 27/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marinêsio Francisco Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Antonio Leopoldo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: 000-00000000-0

03 DEZ. 2018

2ª | Nome: _____

CPF: 000-00000000-0

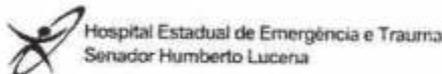
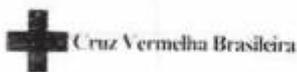
PROCOLO

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



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 |
| 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 80 mmHg | Pulso | 81 |
| | | Temperatura | 35,5° |
| Exames complementares | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| | | Liquor [] | ECG [] |
| | | | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos Ht e Hc, consciente, orientado para pessoa e lugar pl - braco - 002X | | | |
| Diagnóstico | | CID | |
| Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA | | Tempo de EVIDENCIA S/m 01min 23seg | |

Imprimir

03 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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:

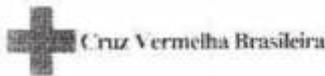
Fratura exposta de rádio esquerdo.
Fratura de OPN

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



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 | Telefone de Contato (83) 996643269 |
| Mãe CELINA ALVES DA SILVA | | | | Prentuário |
| 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. Regional 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

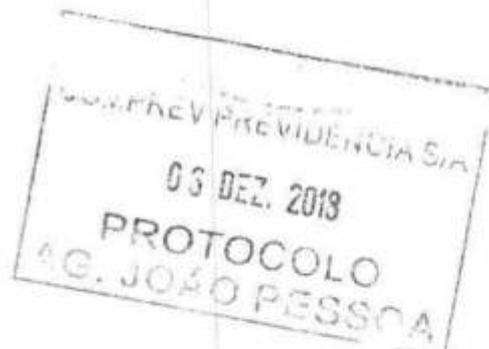
| Código | Descrição |
|--------|--------------------------|
| S02.2 | Fratura dos ossos nasais |

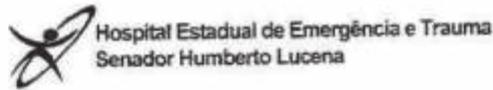
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MARINESIO FRANCISCO ALVES

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)





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 CEFALÉIA, 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

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

Flavio Motta
Médico
CRM/PB 11542

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



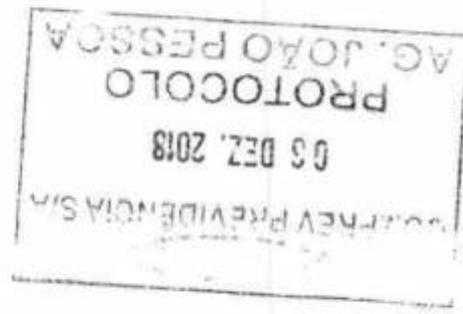
| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|---|--------------------------|--|
| Nome MARINÉSIO FRANCISCO ALVES | Data de 10/02/1969 | Idade 49a 5m 3d | Sexo MASCULINO | Nº Prontuário 1094327 | Data Prescrição 13/07/2018 12:17:57 |
| Motivo do Atendimento | 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
 Flávio Motta
 MÉDICO
 CRM/PB 11542

Assinatura e Carimbo do Profissional





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.

OS DEZ. 2018
PROCOLO
C. JOÃO PESSOA
PREVIDENCIA Sin

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 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
Telex: 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 | | |
| <p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>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</p> | | |
| <p>Flávia Motta MÉDICO CRM/PB 11542</p> | | |
| <p>GOV. PREVIDENCIA Sin 06 DEZ. 2018 PROCOLO AG. JOÃO PESSOA</p> | | |

TOMOGRAMIA
13/07/18
13:18
eliana
run

RAIOS-X
TIPO ...
DATA ... 13/07/18
HORA ... 13:18
NOME T.ÉC. RAD.: eliana
ASS.: run

13 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Eligir copias separadas para imagem e microfilmado resultados clinicos



**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.

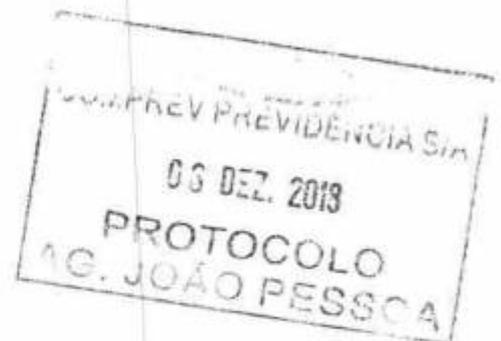
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

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.

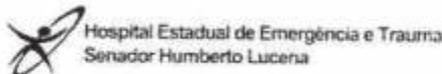
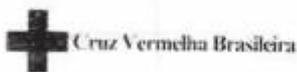
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



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

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

29/08



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 |
| 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 80 mmHg | Pulso | 81 |
| | | Temperatura | 35,5° |
| Exames complementares | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] |
| | | Liquor [] | ECG [] |
| | | | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos Atetose, consciente, orientado porque placardos - 00202 | | | |
| Diagnóstico | CID | | |
| Atendido por KELLY DE SOUZA BARBOSA | Tempo de EVIDENCIA S/m 01min 23seg | | |

Imprimir

03 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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:

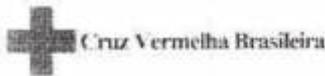
Fratura exposta de rádio esquerdo.
Fratura de OPN

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



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 | Telefone de Contato (83) 996643269 |
| Mãe CELINA ALVES DA SILVA | | | | Prentuário |
| 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. Regional 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, EUPNÉICO, 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

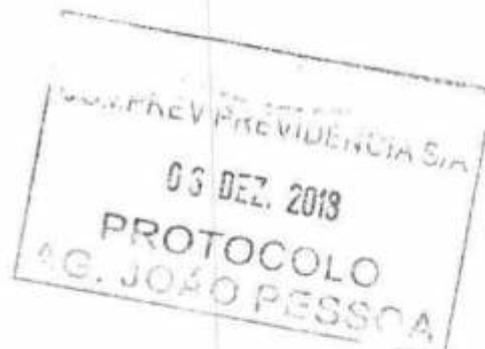
| Código | Descrição |
|--------|--------------------------|
| S02.2 | Fratura dos ossos nasais |

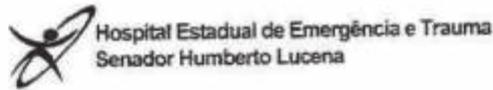
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

MARINESIO FRANCISCO ALVES

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU
(: 3777/PB)





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 CEFALÉIA, 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)

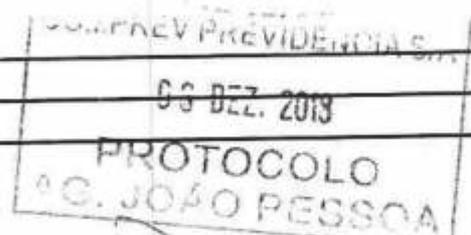
RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |



Flavio Motta
Médico
CRM/PB 11542



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|---|--------------------------|--|
| Nome MARINÉSIO FRANCISCO ALVES | Data de 10/02/1969 | Idade 49a 5m 3d | Sexo MASCULINO | Nº Prontuário 1094327 | 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 | | |

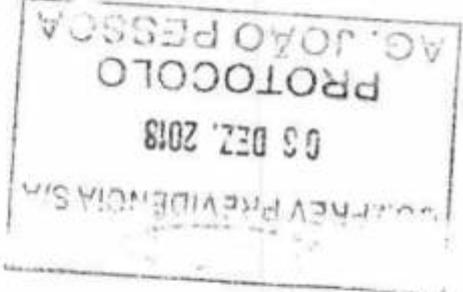
| Nome do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Pos | Aprazamento |
|--|--------|------|-------------------|--------|-------------|-------|-------------|
| 1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO) | 1500.0 | ML | | E.V. | | AGORA | 12 3 |
| 2 SOLICITAÇÃO DE 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

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.

OS DEZ. 2018
PROCOLO
C. JOÃO PESSOA
PREVIDENCIA SIM

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 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
Telex: 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 | | |
| <p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>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</p> <p>Flávia Motta MÉDICO CRM/PB 11542</p> <p>COMPREV PREVIDENCIA S/A 06 DEZ. 2018 PROCOLO AG. JOÃO PESSOA</p> | | |

TOMOGRAMIA

Flávia Motta

13/07/18

13:18

eliana

ASS: [assinatura]

RAIOS-X

TIPO ... 13/07/18

DATA ... 13:18

HORA ... eliana

NOME T.ÉC. RAD.: [assinatura]

ASS: [assinatura]

13 de Julho de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Eligir copias separadas para imagem e microfilmado resultados clinicos



**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.

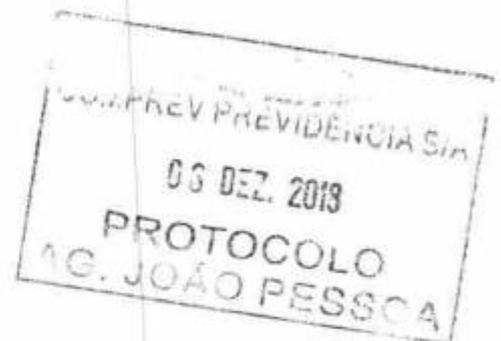
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

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

VALOR R\$ 1000
5 FERRAMENTAS VALOR R\$ 30
1152512992

FRANCISCO FRANCISCO ALVES

1571944

788.386.814-48 10/02/1969

FRANCISCO ALVES DA SILVA
CELINA ALVES DA SILVA

14/10/2005



REQUISIÇÃO PLASTIF-ENS
1152512992

JOAO PESSOA, DR

30/06/2015

24128814551
PRO30898870

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROCOLO

AG. JOAO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. EMITIDAÇÃO / ORG. EMISSOR / UF
 2627718 SET PB

CPF DATA NASCIMENTO
 046.502.754-74 21/08/1982

PERMISAO
 ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO ACB CATEGORIA
 2 2

Nº FICHAÇÃO VALORZ Nº HABILITACAO
 01851269660 16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS
 894056231

CATEGORIAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
 SECRETARIA DE PORTUGAL

UF/UFM DATA EMISSAO
 JOAO PESSOA, PB 17/01/2014

Rodrigo Carneiro
 AUTORIDADE DO EMISSOR 66588356744
 PB027919595

PROIBIDA PLASTIFICAR
 894056231

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITACAO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 0.3930154004
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 2018000014232 - EXERCÍCIO
 VIA CÔD. H. N. V. A. C. E. EXERCÍCIO
 1 0099722918-7 00/00000000 2018

NOME
MARINESIO FRANCISCO ALVES

PLACA / CNPJ
78838681449 OFA2063/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB 9C6KE1950E0028505

ESPÉCIE VEÍCULO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA, MODELO
YAMAHA/YBR125 FACTOR KI ANO FAB
2013 ANO MOD
2014

CATEGORIA
2 P 124 /CI PARTIC PRESTA
00/00/0000 CÔTAS

PREMIO TARIFARIO
00/00/0000

**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 CPF / CNPJ PLACA
1 78838681449 OFA2063/PB

RENAVAM MARCA, MODELO
20507229197 YAMAHA/YBR125 FACTOR KI

ANO FAB ANO MOD Nº CHASSI
2013 9 9C6KE1950E0028505

PREMIO TARIFARIO
00/00/0000

DETRAN

DETRAN

COMPREV PREVIDENCIA S/A

COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 DEZ. 2018

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

PROTOCOLO

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

31623

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

26/03/2018

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

55290

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

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 rádio 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

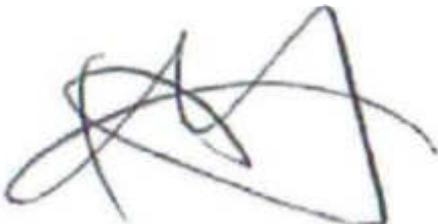
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Marinésio Francisco Alves
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão motorista, CI RG nº 474944,
CPF/MF nº 788.386.84-49, residente e domiciliado(a) à Rua Marluce B. Cavalcante 350 Bl. 213 nº 403
Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58069-417, telefone 83-98663-4900, 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.

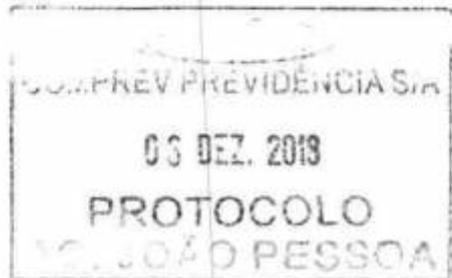
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos 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.

João Pessoa, 21 de novembro de 2018.



Marinésio Francisco Alves

OUTORGANTE



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JERONIMO KLITSCHER, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 56075-900 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX (83) 3211-4079
Reconheço Por Autenticidade a firma de MARINÉSIO 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 FREIRA SILVA, Selo Digital A1189326-XS4S Consulte em <https://selodigital.timbres.br> portalceleida.com.br

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

Data do acidente: 13/07/2018

Titular do CPF: MARINESIO FRANCISCO ALVES

CPF de: Próprio

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