



Número: **0800036-66.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36623 938	13/11/2020 10:09	<u>2764707_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481144 Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Data do Acidente: 13/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 00891/00892 - carta 01 - INVALIDEZ

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14719846



30446



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310091391900000034961275>
Número do documento: 20111310091391900000034961275

Núm. 36623938 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481144 Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Data do Acidente: 13/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Informações sobre pagamentos de inden

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002176-8

Conta: 000010031650-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Eider-DFVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131009139190000034961275>
Número do documento: 2011131009139190000034961275

Num. 36623938 Pág. 2



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:	Nome completo da vítima:		
	109 684 644 62	José Deivid Praxedes Alves		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: José Deivid Praxedes Alves				
Profissão: Funcionário Público	Endereço: Rua Francisco Silveira	CPF: 109 684 644 62	Número: SN	Complemento: casa
Bairro: huga Vieira	Cidade: Gramacho	Estado: PB	CEP: 28 998 000	Tel.(DDD): 99940152024
E-mail: rede_arrenaria@hotmail.com	(83) 987616835			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: COMPREV

AGÊNCIA: 2176 CONTA: 32 650 DIGITO: 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: DIRETÓRIO DE PREVIDÊNCIA S/A
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 alfabetizado
Local e Data: 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

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

Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da Procurador (se houver)

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

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

001/2018





**Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3^a Delegacia Regional de Polícia Civil
17^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga**



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 603 /2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA DO FATO: 13 / Abril / 2019 HORAS: 15h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES, natural de Itaperanga-PB,
Seliteira, Func. Publico Municipal, nascido no dia 05.12.96, filho
de Levi France Alves e Josenha Praxedes Alves, RG 3.849.859/SSP/PB
e CPF 109.684.644-67, residente na R. Francisco Abilio, 337 centro
Diamante/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava circulando pelas Ruas de Diamante/PB, conduzindo a moto HONDA CG 150 FAN ESI, cor vermelha, ano 2009/2010, placa NPY2130/PB e chassi 9C2KC1550AR014885, licenciada em nome seu genitor(LEVI FRANCO ALVES), e ao passar pela Rua Dienizio Manguira (centro), ao desviar de buracos no asfalte, caiu dentro de um deles, sendo então socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaperanga -PB, em seguida removido para o Regional de Patos e tendo feito cirurgia na Clinica São Francisco.

15 AGO. 2019

Itaperanga, Fl. 26 de Abril de 2019

Notificante/Vítima: José Daniel Paredes de la

Escrivão Plantonista:

COMPREV

PROTÓCOLO
AB. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A



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:	Nome completo da vítima:		
	109 684 644 62	José Deivid Praxedes Alves		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: José Deivid Praxedes Alves				
Profissão: Funcionário Público	Endereço: Rua Francisco Silveira	CPF: 109 684 644 62	Número: SN	Complemento: casa
Bairro: huga Vieira	Cidade: Gramacho	Estado: PB	CEP: 28 998 000	Tel.(DDD): 99940152024
E-mail: rede_arrenaria@hotmail.com	(83) 987616835			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2176 CONTA: 32 650 Dígito: 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 alfabetizado
Local e Data: 15/05/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura:



Queda de moto -



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - BASE DE DIAMANTE

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 16

- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência N°	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
13/04/19	127	JOSÉ DAVI PRAYETE ALVES	22	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
Local da Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
Base do bairro		Centro	Dr. Sérgio	

Apoio No Local Pm Resgate/bombeiro Resgate PRF Cptan Strans Trota Nenhum Outro

OTH: Socorrido por Terceiros Recusou Atendimento Socorrido pelo Bombeiro Local não Encontrado Outro

- TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS : ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

- ANTECEDENTES

<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	MEDICAMENTOS:
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO:	15 AGO. 2019
<input type="checkbox"/> OUTROS: CINEMÁTICA: <i>Queda de moto -</i>	PATOLOGIA (S):
	ULTIMA ALIMENTAÇÃO:
	VACINAS:
EXAMES FÍSICO: <input type="checkbox"/> PALIDO/ <input type="checkbox"/> CIANÓTICO/ <input type="checkbox"/> ICTÉRICO/ <input type="checkbox"/> SUDOREICO/ <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA/ <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO/ <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO/ <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input type="checkbox"/> DOR: LOCAL _____ <input type="checkbox"/> DISPNEIA/ <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA/ <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE/ <input type="checkbox"/> HEMOPTISE	<input type="checkbox"/> TCE/ <input type="checkbox"/> TRM/ <input type="checkbox"/> FRATURA/ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE/ <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO/ <input type="checkbox"/> FACE/ <input type="checkbox"/> PCR/ <input type="checkbox"/> FAB/ <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO/ <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA/ <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO/ <input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA metros
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL <i>Fractura no MHZ e fratura de rádio no MSAP -</i>	

- DESTINO PFPI

Lote: _____

Responsável: Dr. Felipe Guedes Médico CRM - PB 12266 Função: Clínico

- DADOS VITais

VVA: Livre Ostruído RESPIRAÇÃO: >30 lpm <30 lpm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Normal PAS: > 90mm Hg
 < 90 mm Hg PA: 100/180 FC: 95 FR: 18 SPO: 90 SPO: 96 SPO: C/O: _____ TEMPERATURA: 36,1 GLICEMIA: 129 E. Coma: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: *História de membro superior relacionado a acidente de moto.*

INTERVENÇÕES: *Inabilitações do membro fracturado e administração de medicamentos.*

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: *Paciente do sexo M, 22 anos, consciente e imóvel.*

orientado para um estabilizar via a base do sono, quando se deu dor no antebraço em decorrência de um acidente de moto, realizado raio-x e informado fratura no MHZ, onde o mesmo via para a sala e foi dado no CHP (Pato).

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA) *foi realizado baseado em SAL + digressa e norma*

ENFERMEIRO: Reyn COREN: 201.61 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Fabiano Ventura Dias Técnico de Enfermagem COREN: 781325701

CONDUTOR: Haci Luis

RECUA

NOME: _____ R.G: _____

ASSINATURA: PROTÓCOLO TESTEMUNHA: PROTÓCOLO

TESTEMUNHA: AG. JOÃO PESSOA TESTEMUNHA: AG. JOÃO PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010031650-6

Nr. da Autenticação 200187E02B3CBA08



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310091391900000034961275>
Número do documento: 20111310091391900000034961275

Num. 36623938 - Pág. 7

JOSEFA PRAXEDES ALVES
RUA FRANCISCO CABO DE SOUZA, 519 - LUCAVIEIRA
DIAMANTE / PB CEP: 58890-000 (RG: 154)

Licença MONOPÓLICO
Classe: RESIDENTIAL / RESIDENCIAL
Referência: Abril/2019
Roteiro: 7 - 155 - 201-4250
Medidor: 00008817826
Baixado: 11/04/2019

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-220, KM 25 - Distrito Residencial João Pessoa/PB-CEP 58071-600
CNPJ: 08.025.112/0001-42 - Inscrição Estadual: 10.016.620-0

Nota Fiscal Centro Energia Elétrica / C2212.077
Cód. para Débito Automático: 0020700384

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Abr/2019	11/04/2019	13/05/2019	034.066.344-09

UC (Unidade Consumidora): 5/720639-4

Canal de contato

Descrição de Cláusulas gerais de uso das informações e autorização para a utilização dos dados referentes à sua fatura de consumo regular e a exigência de que o consumidor verifique no ano de 2018 se não houve alterações. Essa necessidade é devida para a comprovação do cumprimento das obrigações de consumidor, ou seja, das exigências das autorizações e das restrições de uso da energia elétrica e de uso das armas de fogo.

Você conhece as nossas mídias sociais? O Facebook, o Instagram, o YouTube, o Twitter, o LinkedIn? Venha nos acompanhar em nossas páginas, onde você irá encontrar informações sobre serviços, promoções, descontos, entre outras.

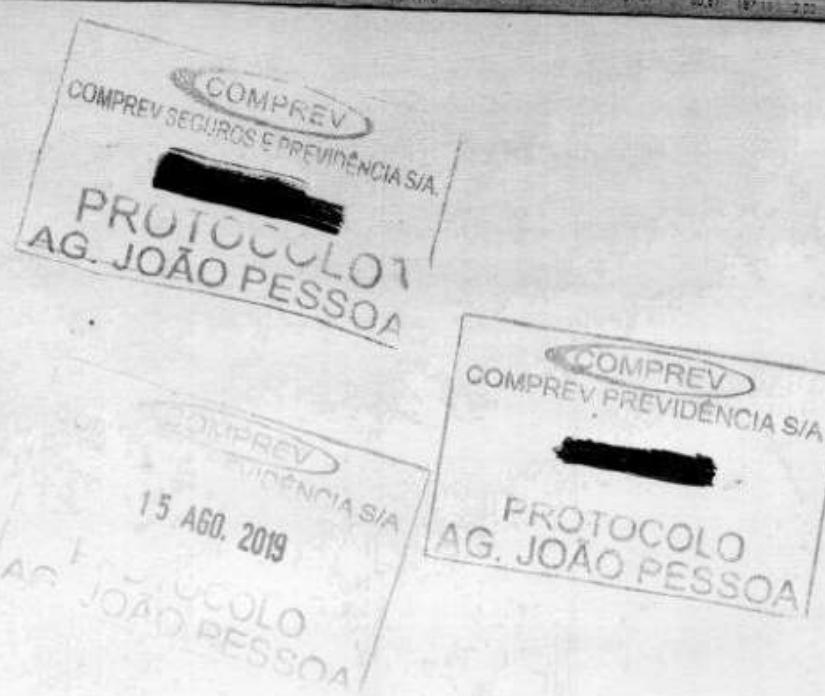
O consumo, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
10/03/19	11/04/19	10/12	210	29

Demonstrativo

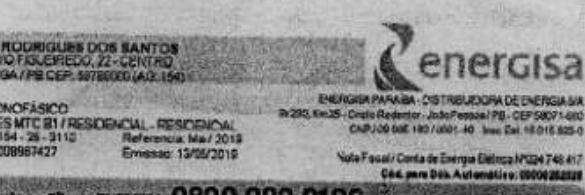
CC	Detalhe	Tarifa	Valor	Base	Valor	Consumo	Periodo			
001	Consumo em Viva	210.000,00	0,64420	187,11	127,11	27	00,51	187,11	277	0,34
002	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
003	CONTRIBUICAO MUNICIPAL									
004	JUROS DE MORA 02/2019									
005	MULTA 02/2019									

CC: Carga de Classificação de Conta TOTAL Tabela de Taxas 0,37170 203,82 187,31 50,51 187,11 2,03 0,34





15 AGO. 2019



Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Ma / 2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5
Canal de contato:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dia
Data 11/04/19	Lectura 2740	Data 13/05/19	Lectura 3836	7 100 32
Demonstrativo				
CCU Descontado	Quadrante Total: 199.000 0.847260 168.38 27 43.19 158.98 1.56 7.15			
0001 Consumo em kWh	199.000 0.847260 168.38 27 43.19 158.98 1.56 7.15			
0001 AGR. E. Ampla	1.13 1.13 27 0.00 1.13 0.01 0.05			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0002 CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	16.72 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00			
0004 JUROS DE MORA 04/2019	0.25 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00			
0005 MULTA 04/2019	2.02 0.00 0 0.00 1.00 0.00 0.00			



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039247.061 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Maurício Proxeder Abreu Inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 641 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Maurício Proxeder Abreu

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 641 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

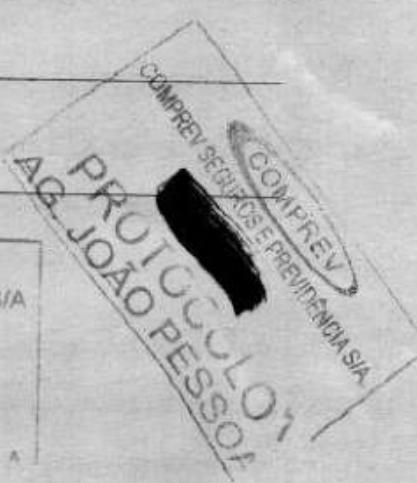
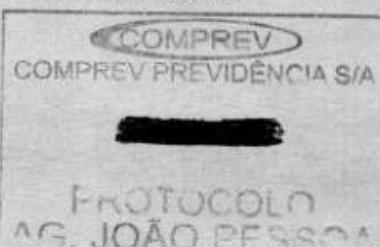
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Buritiú Figueirelo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Itaporanga</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>suelio.moreira@hotmai.com</u>	(83) 992616825		Tel.(DDD):	<u>999421520-24</u>

Local e Data: Itaporanga 15/05/2019

Suelio Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante



DDRL.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

15 AGO 2019

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, José Henrique Franco Alves

RG nº 1280576

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

, data de expedição 16/01/1987

Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 59397470434,

com domicílio na cidade de Diamante, no Estado de

Bahia

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Francisco Alves de Souza, nº 5/N,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Henrique Franco Alves, cujo o condutor era

o mesmo.

Veículo: moto Modelo: Honda CG 150 Fan ESI Ano: 2009/2010

Placa: NPR 2130 Chassi: 9CJKC1550AR014885

Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: Itaporanga 03/05/2019

Assinatura do Declarante

José Henrique Franco Alves

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
E NOTAS DE DIAMANTE

Comarca de Itaporanga - PB

Auridete Franco de Santana Oliveira

Oficial de Registro (CASO seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Aluizio Franco de Santana
1º Escrivão Compromissário

Assinatura do Condutor

José Henrique Franco Alves
POR AUTENTICIDADE

Diamante - PB 03 de 05 de 2019

Em testemunha da verdade.

Presidente Francisco de Santana Oliveira

1º ao Registrador

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Selo Normal - Tipo: B

Outros Atos Registrais

AIG12978 - NRSZ

Confira os dados do ato em

<http://selodigital.tjpb.jus.br>

Encargos: R\$ 0,00

Impresso: R\$ 0,00



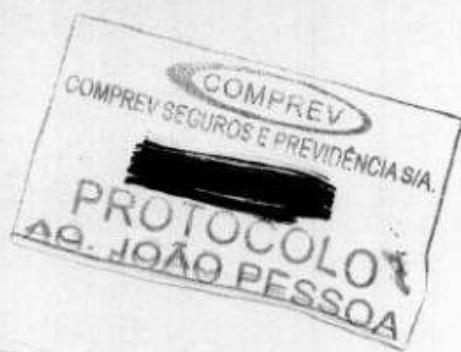
Relatório Médico

José Deivid Praxedes Alves

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 13/04/2019. Apresentou como lesão fratura completa de rádio direito e fratura distal de rádio direito. Realizou imobilização cruenta com placa e parafuso e fio de Kirchner. Não realizou fisioterapia. Apresenta como sequelas diminuição do movimento de rotação do membro superior direito, com diminuição de força e parestesia. Alta médica à partir desta data.

01/08/2019

Dr. W. Willian Caires Manuz
CRM-PB 11480



Dr Fernando Jucaí.



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
██████████

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga

PARA: Patos

ENCAMINHO: José Da Vida Marcondes Alves IDADE: 22a. SEXO: Masculino.

RESIDENTE: Rua Getúlio Vargas

MUNICÍPIO: Diamantina

UF: PB

PA 100 x 80 -- Hg MM/HG TEMP °C PESO KG

15 AGO. 2019

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

A queda de moto há +/- 1 hora; repetiu dor, edema e deformidade em punho (D); Nega outros sintomas.
Ao exame: BEG, PPA, normocorado, hidratado, Vigil, orientado, alcoolizado
AC/AP: NDN

Dor, edema e deformidade em punho direito.

* Rx de punho direito com suspeita de fratura em faço médio do rádio direito.

Solicite avaliação e conduta

13/04/19

HORA: 17:38hs

Dr Filipe Guedes
Médico
CRM - PB 12266

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	88.778.268/0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANUHY CARNEIRO		
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF PB	
<hr/>			
CLASSIF. RISCO	VERDE		
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA		
PACIENTE	JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	JOSEFA PRAXEDES ALVES	FILIAÇÃO II	LEVI FRANCO ALVES
NASCIMENTO	05/12/1996	IDADE	22a 4m
PROFISSÃO	DIRETOR DE COMPRAS	COR	PARDO
ENDERECO	RUA FRANCISCO ABILIO	GÊNERO	M
CIDADE	DIAMANTE		
TELEFONE		nº337	BAIRRO
CNS	708400516317758	U.F PB	CENTRO
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO		CEP
		CPF	58994008
			CELULAR
			83987402821
			REG. NASC.

F.A.A	39256	PRONTUÁRIO	22118
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MMAIA
DATA	14/04/2019 Horário: 06:39	TIPO DE SERVICO	URGENCIA E EMERGENCI
CARATER	02 -URGENCIA		
CONVENTO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	VEICULO PROPRIO		
MÉDICO	WAERSON JOSE DE SOUZA		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

me lo el taller viendo de donde se
solo el taller no autoriza.

~~EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (XEROX)~~

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

670

MATERIALS MEDICAMENTOS E QUIROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CBM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADAMENTO PELO SISTEMA TNH

EBO **Sousa**





Hospital São Francisco

Boletim de Admissão

Nº _____

Data de Nascimento: 05/12/1996

Nome: 54012 - Jose Delvid Praxedes Alves Idade: 22 anos Sexo: MASC.

Estado Civil: Solteiro Profissão: Origem: Diamante /PB

Responsável: CATEGORIA: PARTICULAR

Endereço: Rua Francisco Abilio, 337 - - Centro - Diamante - PB -

Data e hora de admissão: 14/04/2019 / 13:11 Hs - Alta 15 / 04 / 19 Hs 11:45

Internamentos anteriores neste Hospital: Sim NãoInternamentos em outros Hospitais: DR FERNANDO Não

Médico assistente Dr. CRM: 5332

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

GATUNA SALGADA

ARTIGO DIN

MOTIVO DA ALTA

Indisciplina () Transferido ()

Curado () A Pedido ()

Melhor () Falecido ()

EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:

Primária: _____

Secundária: _____

Observações: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

○ MCSMO

CID: 552

Dr. Fernando Jucá
Fernando Jucá
Cirurgião
CRM: 5332
Cirurgião**EXAME OBJETIVO:**

AP. Recepcionista: Jair Pereira Soares Filho 14/04/2019 - 13h11mso. _____

CLÍNICA:

Obstétrica () Cirúrgica () Médica () Pediátrica ()

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)

RWS/ML



		Hospital São Francisco		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FICHA DE ANESTESIA		NOME <i>Hely David P. W.</i>		IDADE <i>22</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>
DATA <i>14/11/20</i>		PRESSÃO ARTERIAL/PULSO <i>110/80</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA
		URINA				OUTROS
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA
AP. DIGESTIVO DENTES PESCOÇO						AP. URINÁRIO
ESTADO MENTAL ATARÁXICOS CORTICOIDES						ALERGIA
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>KL oss. atl. bryx X</i>						HIPOTENSORES
ANESTESIA ANTERIORES						ESTADO FÍSICO
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA <i>14-30 15-00 30</i>						RISCO
APLICADAS						EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS <i>Prn</i> O ₂ <i>2L</i>						INDUÇÃO
LÍQUIDO	<i>50% Bzg 500ml</i>					SATISF. _____ EXCIT. _____ TOSSE _____ LARINGO ESPASMO _____ LENTA _____ NÁUSEAS _____ VÔMITOS _____ OUTROS _____
CÓDIGO PV. ARTERIAL: PULSO: - RESPIRAÇÃO VZ - ANESTESIA: OPERAÇÃO						MANUTENÇÃO <i>Novo fluxo sanguíneo 20-30 ml/min</i> - Pranoprofen - Sissessen m - Carbamazepina - Tyramida ANESTESIA SATISF. SIM _____ NÃO _____ NÃO, POR QUÉ? _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						DESPERTAR
POSIÇÃO						REFLEXOS NA SO. _____ OBSTR. CO ₂ EXCIT. _____ NÁUSEAS VÔMITOS _____ OUTROS _____
AGENTES <i>Bzg 055% - val + Durval 1000ml</i>						COM CÁNULA _____ PARA O LEITE SIM _____ NÃO _____
TÉCNICA <i>Riley Bzg 500ml</i>						CONDIÇÕES _____
OPERAÇÃO <i>Riley Cx + col</i>						
CIRURGIÕES <i>D. F. T. G. C. L.</i>						
ANESTESISTAS <i>J. J. G. L.</i>						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						

ATO - OPERATÓRIO

Cirurgião Dr. Aeronando Júnior CRM: 5362 Auxiliar: 14/4/19 CRM:

Anestesista: D. Fayez W.

Anesthesia: Rhoxy Day

Data: _____ / _____ / _____ **Descrição da Operação:** _____

Descrição da Operação:

- ① SISTOTECM CRIO NBO - ② ABSCPN E ABS-PBRBIA
- ③ PODOLOGA CURTA COFECO-S. ④ JACOB UNIVERSIT.
- ⑤ GIMERZ DO MUNDO COM PLACA, NINI OCP, OG /
FUTS. ⑥ SUCRO; ⑦ RIZOMA ANTIEUTERNA NÓDOS -
UTERINA DIFL POR Q.º 101 ⑧ DATA TATTOO MULHER

TEMPERATURA

PRESCRIÇÃO MÉDICA





Hospital São Francisco

Sempre estaremos aqui

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | PATOS - PB
Cep: 58.700-450 | FONE: (83) 3421.3454
e-mail: contato@hsaofrancisco.com
www.hsaofrancisco.com

FICHA DE CONSUMO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: José Davi de Freitas Alves ADMISSÃO: _____
SEXO: Masculino IDADE: 22 CONVÉNIO: Pact.
INTERVENÇÃO: Int. Cirúrgico Mad. de Ante-braco ENF/ATO: 22.9
CIRURGIAO: Dra Fernanda Yucá
PRIMEIRO AUXILIAR: CRM: _____
PEDIATRA: CRM: _____
ANESTESISTA: Dra Augusto CRM: _____
DATA DA INTERVENÇÃO: 14/01/19 HORA: 14:15 TIPO DE ANESTESIA: Bloco de Pratico

QUANT.	DESCARTÁVEIS
01	Aguilha p/ Raque Spinal <input type="checkbox"/> 25g <input checked="" type="checkbox"/> 27g
01	Aguilha Peridural Nº <input type="checkbox"/> 25x7 <input checked="" type="checkbox"/> 25x12 <input type="checkbox"/> 40x16
03	Algodão Hidrolílico (gramas)
03	Algodão Ortopédico (gramas)
03	Altadura de Crepon Nº <u>15cm</u>
01	Alatadura Gessada Nº
	Bolsa Coletora de Urina Sist. Fechado
01	Caletear Jeito <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 18 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24
	Caletear Nasal de Oxigênio
	Clamp Umbilical
	Dreno Penrose Nº
	Dreno Succión Nº
	Dreno Torax Nº
	Duplicador de acesso venoso (2 vias)
	Eletródos descartáveis
01	Equipo macrogotas <input type="checkbox"/> c/mj. <input type="checkbox"/> s/mj.
	Equipo microgotas <input type="checkbox"/> c/mj. <input type="checkbox"/> s/mj.
	Equipo para infusão sanguínea
	Escalpe <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24
10044	Espuma/drapo com PVPI
	Espuma/drapo micropore (cm)
01	Gaze estéril (pacote)
	Gaze não estéril (pacote)

QUANT.	DESCARTÁVEIS
01	Lâmina de Besteira <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 15 <input checked="" type="checkbox"/> 24
03	Luvas estéril Nº
03	Luvas não estéril Nº
	Máscara descartável
	Prio-pé descartável
	Prótese RN
	Seringa 1ml
	Seringa 3ml
02	Seringa 5ml
02	Seringa 10ml
	Seringa 20ml
	Sonda de Foley Nº
	Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Longa <input type="checkbox"/> Curta
	Sonda Uretral Nº
	Touca Turbante Sanfonada
01	Tubo Endotracheal Nº
	<u>01 Agulha</u>

QUANT.	DESCARTÁVEIS
	Cal/Gut Cromado 0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Cromado 1.0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Cromado 2.0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Cromado 3.0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Simples 0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Simples 1 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Simples 2 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Simples 3 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Simples 4 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Cal/Gut Simples 5 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Monocryl Nº
	Mononylon 1
	Mononylon 2
01	Mononylon 3
	Mononylon 4
	Mononylon 5
	Mononylon 6
	Polycot 0 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Polycot 1 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Polycot 2 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Polycot 3 <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag
	Prolene 0
	Prolene 2
	Prolene 3
01	Vicryl Nº 2-0



Prescrição Médica

Nome: José Núrs

DATA: Idade: 22 a Cor: Enf/Apto: 208 Leito: OL Categoria: P. Tijuca

PREScrição MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO MÉDICO

14/10

09:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00

12:00

18:00

24:00

01/11

08:00



Hospital São Francisco
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: José Pinheiro Preodes Alves

DIAGNÓSTICO		FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			CARACTERÍSTICAS DEFINidoras		
1	Constipação	Diuréticos ()	Desidratação ()	Excesso ()	Outros ()	Abdome distendido ()	Dor à evacuar ()
		Habilos de evacuação irregular ()		Lerdo neurogênico ()		Anorexia ()	Dor abdominal ()
2	Nutrição desequilibrada; menor que as necessidades	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir alimentos ()			Cavidares bucal ferida ()	Diarréia ()
		Fatores psicovigenciais ()		Outros ()		Dor abdominal ()	Outro ()
3	Dárfit no auto cuidado para banho	Prejuízo muscular ()	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()	Incapacidade de acessar o banheiro ()	Mucosas pálidas ()
		Ansiedad ()				Incapacidade de lavar o corpo ()	Outro ()
4	Dor aguda	Agenies lesivas (Ex: Biológicas, químicas, físicas, psicológicas) ()				Alterações na pressão sanguínea ()	Outro ()
		Outros ()				Relato verbal de dor ()	Outro ()
5	Hipotermia	Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outros ()	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()	
		Aumento da taxa metabólica ()				Taquicardia ()	Tequilpneia ()
6	Integridade da pele prejudicada	Extremos de idade ()	Circulação prejudicada ()			Destruição de camadas da pele ()	Invassão de estruturas do corpo ()
		Hipotermia ()	Imobilização física ()			Quimo (X) <i>(Risco)</i>	Rompeimento da superfície da pele ()
7	Mobilidade física prejudicada	Ansiedad ()	Desconforto ()	Rigidez articular ()		Dificuldade para virar-se ()	Outro ()
		Prejuízo músculo esquelético ()	Desuso ()	Outro ()		Dispneia ao esforço ()	Outro ()
8	Padrão respiratório Ineficaz	Ansiedad ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Movimentos descontrolados ()	
						Alterações na profundidade respiratória ()	
9	Risco de desequilibrio eletrólítico	Ascite ()	Queloides ()	Vômito ()	Diarréia ()	Balanço de água e nerz ()	Ortopnésia ()
		Drenos ()	Outros ()			Dispneia ()	Outro ()
10	Risco de infecção					Aumento da exposição ambiental a patógenos ()	Defesas primárias inadequadas ()
						Procedimentos invasivos (X)	Outras (X) <i>Pro. preventivo</i>
11	Risco de queda	Mobilidade física prejudicada ()		Medicações ()			
		Extremos de idade ()				Agitação / Desorientação ()	
12	Padrão de sono prejudicado	Falta de privacidade / controle do sono ()		Outros ()		Mudança do padrão normal do sono ()	Outro ()
		Fluidos ()	Imobilização física ()			Relatos de dificuldade para dormir ()	
13	Outros						
14	Outros						

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APOZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
<p>1.) Monitorizar diariamente e informar:</p> <ul style="list-style-type: none"> () Enfermagem e ingestão de alimentação balanceada e não irritante () Observar e registrar enfermagem higiênica (cor, odor, consistência eletura) () Administrar capilar, analisar e mediar CPM (X) Administrar para as quinzeas da menses e veículos lenhosos, medicina COM, revestir em 30 minutos () Gussitioner e monitorar e administrar gessinol e urinális (eletrico, Frequência e Quantidade) () Observar e comunicar dificuldades alimentares () Encorajar ao banho da chovera () Estabelecer banho no leito (dela) com regras de higiene e correta utilização () Encalhar ao paciente as possíveis causas da dor () Aplicar técnicas de relaxamento, descrever ambiente tranquilo e confortável () Administrar condicionais, imediatas e locais da dor 		<p>() Orientação de administração higiênica eficaz / adequada / ineficiente</p> <p>() Monitorização de glicemia estável</p> <p>() Melhora e estabilização alimentar</p> <p>() Melhora e estabilização alimentar e aspecto das eliminações</p> <p>() Ausito dia里o às necessidades de higiene</p>		
<p>2.) Administrar analgésico conforme prescrição médica e revestir dor após administração da medicação</p> <p>3.) Adicionar medicamentosa antidiarréica, analisar e registrar as reações</p> <p>4.) Higienizar e trocar roupa de líquidos</p> <p>5.) Orientar respiro de diafragma/brechamento</p> <p>X) Proporcionar condições de higiene comodato e realizar curatologia de secondo cont. e necessidade na ACM</p> <p>(X) Administrar condicionais do catarro <u>Centro Multidisciplinar, U.C.</u></p> <p>6.) Orientar e estimular hidratação da pele</p> <p>7.) Orientar e estimular e manutenção no leito</p> <p>8.) Auxiliar o paciente e desembalar condutorapropriado</p> <p>9.) Monitorizar satisfação e brotar violência de EFO2 e comunicar se for maior que 95%</p> <p>10.) Observar e analisar condicões de periférico periféricas (coloração e temperatura)</p> <p>11.) Verificar condicões de higienização do periférico (maciez, aderente, prido e frequencia certificada)</p> <p>12.) Observar o local de ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sintomas flogísticos</p> <p>X) Tratar excesso Venoso periférico e drenar</p> <p>D) Realizar desinfecção com álcool e 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicamentos</p> <p>X) Utilizar técnica aseptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos</p> <p>14.) Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)</p> <p>15.) Manter as gendas do leito elevadas</p> <p>16.) Colocar o paciente quando necessário</p> <p>17.) Manter ambiente calmo e tranquilo</p> <p>18.) Orientar reposo no leito</p> <p>X) Administrar medicação CPM</p> <p>19.) Outros</p> <p>20.) Outros</p>	<p>() Controle de dor (medicado/susiente)</p> <p><u>Alucosil 40 g 12/13</u></p> <p><u>Alucosil 40 g 12/13</u></p> <p>() Monitorização de temperatura corporal dentro das normas fisiológicas</p> <p>() Melhora da integridade da pele (diminuição no risco de ferida)</p> <p>() Melhoria fáctica membrana mucosa</p> <p>() Melhora no período menstrual</p> <p>() Melhora da perfusão periférica</p> <p>() Diminuir o risco de infecção</p> <p><u>Alucosil</u></p> <p><u>Alucosil</u></p> <p>() Diminuir o risco de queda</p> <p>() Melhora do período de sono</p> <p><u>Paracetamol 500 mg</u></p> <p><u>Paracetamol 500 mg</u></p> <p>() Outras</p> <p>() Outras</p>			
<p>Carimbos e Assinatura do Enfermeiro:</p> <p><u>Isabelia Avelle S. Lima</u> Enfermeira</p> <p>COTEN-PB-501-524</p>	<p>Assinatura:</p> <p>DATA: / /</p> <p>HORA: _____</p>			



Hospital São Francisco

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: José David Brzezdeus Alves			REGISTRO:	LEITO:	SETOR ATUAL:
IDADE: 22a	SEXO: Masculino	COR:	ESTADO CIVIL: Solteiro	NACIONALIDADE: Itapemirim - PB	PROFISSÃO: servidor público
Data de internação hospitalar: 14/04/19			Data da internação no setor: 14/04/19		
Tem um Cuidador / Responsável: () sim () não			Quem? <i>Lurdes (amiga)</i>		
Telefone: 83987746981					

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias: () Motivos: <i>viagem</i>	Alergias: () sim () não Qual:
Doenças: () HAS () DM () DPOC () Cardiopatia () Obesidade () Tabagista () Ex-Tabagista () Neoplasia () hiper/ hipotireoidismo () Alzheimer () parkinson () outras Qual:	
() Alcoolismo () Drogadição () Outros:	Medicações em uso:

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Qual é a principal (motivo da internação hospitalar)

Queda de moto sem proteção no braço - ante-

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C: P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %	
HGT mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: () Local Obs:

5. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS:

Raios X antebraço direito AP e perfil

6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGÍCAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Paraparesia Local:

Linguagem: Alteração: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

OBS.:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Máscara Reservatória
() Eupnélico () Taquipnélico () Bradipnélico () Dispnéia () Outros

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presentes: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventiciais: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água

Data da inserção do dreno: _____ Aspecto da drenagem torácica:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação:



14/ABR/2019 10:10:13

JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES,

20190414-01-0003

14/ABR/2019 10:08:17 Artebrago D, Lateral

Artebrago D, Lateral

D



Hospital Regional de Patos - RX

EL-5750

70 %

EL-5740

74 %



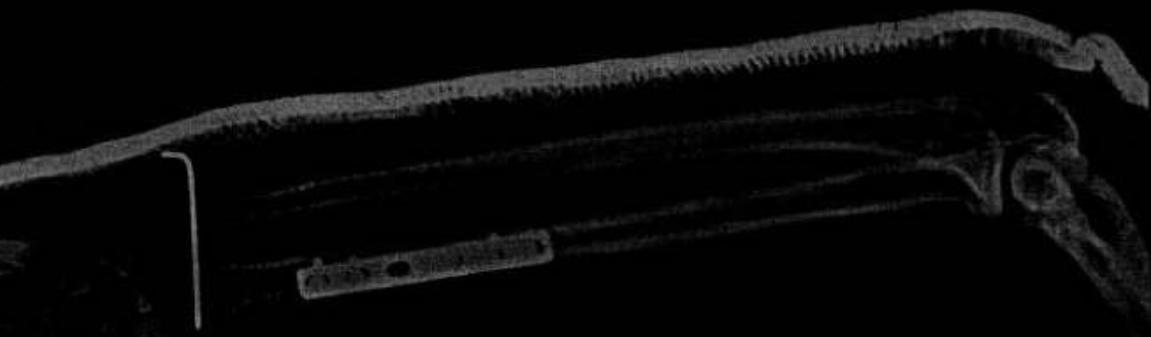
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310091391900000034961275>
Número do documento: 20111310091391900000034961275

Num. 36623938 - Pág. 24

Aq

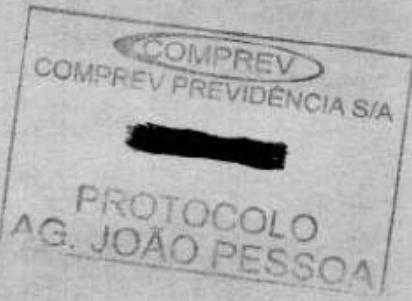
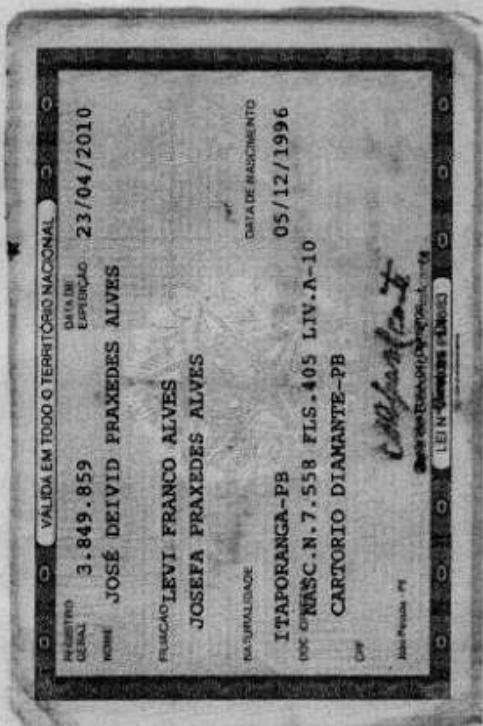


PEERJ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310091391900000034961275>
Número do documento: 20111310091391900000034961275

Num. 36623938 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310091391900000034961275>

Número do documento: 20111310091391900000034961275

Num. 36623938 - Pág. 26



COMPREV
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EDUARDO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (463.150)
Endereço: MONOFÁSICO
Cle/Sig: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Referência: Ma / 2018
Medidor: 00008957427
Emissor: 13/05/2019
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 250, KM 25 - Centro Administrativo - João Pessoa / PB - CEP 58007-000
CNPJ: 00.008.192/0001-40 - Inscrição Estadual: 18.015.822-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 034748-417
Cód. para Débito Automático: 00009282328

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Maio / 2019	13/05/2019	11/06/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

COMPREV
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dia
Data	Lectura	Data	Lectura		
11/04/19	2746	13/05/19	3836		
Demonstrativo					
CCN Descrição	Quatidade Total:	Venda nova Cen. Ata. Icma. Fis. Esa. Cico. Fe.Pd. Cico.Pd.	Traçado Total(G) Cesa(N) ICMB. Pdv.Cdes(R) E5710N(44752N)		
0001 Consumo em kWh	199.000 0.847260	169.38 27 43.19 158.98 1.56 7.15			
0001 Ata. E. Ameta		1.13 27 0.30 1.13 0.01 0.05			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0002 CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	16.72	0.00 0 0.00 0.00 0.00			
0004 JUROS DE MORA 04/2019	0.25	0.00 0 0.00 0.00 0.00			
0005 MULTA 04/2019	2.02	0.00 0 0.00 1.00 0.00			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETINAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO 2014806001537983 Y FICUO
Nº 1 0017780477-7 007000000000 2018

LEVI FRANCO ALVES

PB Nº 013027338853 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEVI FRANCO ALVES.

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

59397470434 NPY2130 / PB

NOVO PB 9C2KC155UDAR014885

PAS/MOTOCICLETA/RÁO APLIC CARSOLINA

HONDA/CG 150 "PAN ESI 2009 70101

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHO AMARELO

COTAS UNICA 00940070060 1 VENDE / GOSTA 1

P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS 2

A COTAS UNICA 00940070060 3

PRÉVIO DA COTA 2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

SEM RESERVA DE DORTINHO

DOCUMENTO DE PAGAMENTO DE OBRIGAÇÕES
NÃO VÁLIDO PARA HABILITAR CICLO



DENTRIN

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

15 AGO. 2019

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU PRA SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013027338853 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEVI FRANCO ALVES.

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

2016 25/04/2017
EXEMPLAR DATA EMISSÃO

LEVI FRANCO ALVES



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481144 Cidade: Itaporanga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES Data do acidente: 13/04/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P2/13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO (PÁGINA 1) DATADO DE 01/08/2019, PELO DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM: 11480.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:09:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310091391900000034961275>
Número do documento: 20111310091391900000034961275

Num. 36623938 - Pág. 29

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de agosto de 2019.

BENEFICIÁRIO: José Deivide Proxeder Alves

CPF: 109 684 644 67

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015,§ 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euívio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: José Deivide Proxeder Alves, portador do CPF: 109 684 644 67.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas sequelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

