



Número: **0853705-33.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| GEORGE SILVA DE SOUSA (AUTOR) | | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 37187 891 | 27/11/2020 11:54 | 2767452_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575428

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13700022





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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575428

GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00973/00974 - carta_03 - INVALIDEZ

00050487



Carta nº 13700965





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, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575428

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01757/01758 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14433048





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **079.959.064-98** Nome completo da vítima: **George Silva de Sousa**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| Nome completo George Silva de Sousa | | CPF titular da conta 079.959.064-98 | Profissão Barracheiro |
| Endereço Rua Antônio Gomes | | Número 24 | Complemento |
| Bairro Cruz das Armas | Cidade João Pessoa | Estado PB | CEP 58085-070 |
| Email | | Telefone (DDD) | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA NRO 1033 D/V | CONTA NRO 107862 D/V 8 | BANCO Nome _____ NRO _____ | |
| (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) | AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ | CONTA NRO _____ D/V _____ |
| | | (Informar dígito se existir) | (Informar dígito se existir) |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018
Local e Data

George Silva de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01758.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01758.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:49 horas do dia 21 de setembro de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **GEORGE SILVA DE SOUSA**, CPF nº 079.959.064-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Borracheiro, filho(a) de Vera Lúcia Silva de Sousa e Geraldo Gomes de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/06/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Gomes, Nº 221, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo a Quartel do 15ri, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-5815.

Dados do(s) Fatos:

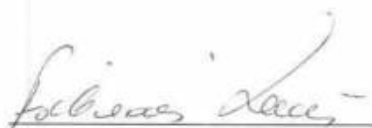
Local: Pb 008, Jacumã, Próximo Ao Arco de Jacumã, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/02/17 16:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

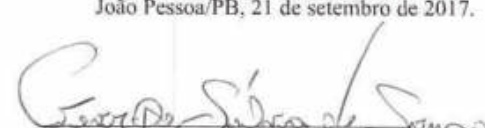
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

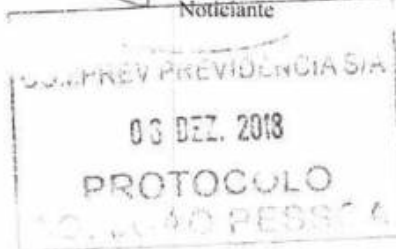
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150, COR PRETA, ANO 2010, PLACA KIL2871/PB, CHASSI 9C2KD0520AR038663, REGISTRADA EM NOME DE JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA, quando colidiu na dianteira de outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA 1100CILINDRADAS, não identificada vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0790/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar; Que não tem testemunhas.

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

João Pessoa/PB, 21 de setembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GEORGE SILVA DE SOUSA
Notificante



Procedimento Policial: 01758.01.2017.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima George Silva de Sousa CPF da Vítima 079.959.064-98 Data do Acidente 27/02/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) |

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

flavio Silva de Sousa de dezembro de 2018
Local e Data

George Silva de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

George Silva de Sousa
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





VISTO EM: 03/04/17

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 29 de junho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 224/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/02/2017, conforme requerimento nº 216/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 16h44min o/a Sr.(a) **GEORGE SILVA DE SOUSA** CPF: 079.959.064-98, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x moto)), na PB 008 (Próximo ao arco de Jacumã), Jacumã – Conde/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **SOLDADO BM LEONARDO SALES DE MELO**, Matrícula: 526.074-4. Ao chegar ao local constatou que a vítima era garupa da moto e usava capacete, consciente e orientada, com fratura exposta de membro superior, e escoriações no tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Instituto B. S. dos Santos

TEN CEL 517240-3

Chefe da 3ª Seção

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AO PEDIDO



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

SOLSA

REFERÊNCIA
SET/2018

COMTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ORGE SILVA DE SOUSA
A ANTONIO GOMES, 221 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
SSOA PB 58085-070

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|--------|-------------|
| | | Residencial | Comercial | Industrial | Estudo | |
| 010 045 1024 0001 | 0001 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Ídrometro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | |
| | | | LIGADO | COLIGADO | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|----|------------------------------------|--|------------|--|
| PRIO: 1 ATUAL: 1 CONSUMO (CB): 1 NUM DE CÍAS: 1 PROXIMA LEITURA | | 10 | | 11/10/2018 | |
| T. CONS./ANOR. LEIT./ QUALID. ÁGUA-ANEXO DO PORT 05/2017 MS. | | | | | |
| 2/2018 | 10 | PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES | | | |
| 1/2018 | 10 | TURBIDEZ 0 0 0 | | | |
| 4/2018 | 10 | CLORO 0 0 0 | | | |
| 1/2018 | 10 | COL. TERMOT 0 0 0 | | | |
| 3/2018 | 10 | COR 0 0 0 | | | |
| 3/2018 | 10 | COL. TOTAIS 0 0 0 | | | |
| DADOS REFERENTES A: JUL/2018 | | | | | |

DA IMPRESSÃO: 17/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 13:13:50

| INSCRIÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|---------------------------------------------|---------|------------|
| IA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE ÁGUA | 10 M3 | 37,91 |
| ESGOTO | | |
| DESCUINO(S) MES(ES) ANT. 05/2018 06/2018 07 | | 2,27 |
| IOS DE HORA 05/2018 06/2018 07/2018 | | 1,33 |

O APROXIMADO DE INTRINOS-R\$ 3,51 PIS E CONTRIB. LEE IN 741,17

CIMENTO:

23/09/2018

Total a Pagar:

R\$ 41,51

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA:

DIAÇÕES GERADO:

DO A INFANCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

PERÍODO

TOTAL A PAGAR

590533

SET/2018

27/09/2018

R\$ 41,51

826700000000 1 41510010001 5 00059053301 4 09201810003 9



NET
O MUNDO É DOS NETS

JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 000
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA - PB

Código NET
907/014527082

CPF/CNPJ
455.536.024-91

Vencimento
10/10/2018 **199,99**

Forma de Pagamento
BOLETO BANCARIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



Minha NET:

- ⊕ BDA LARGA NET
- ⊕ EMPRESAS 60 MEGA FID
- ⊕ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

descrição

- ⊕ NET VIRTUA +
- ⊕ NET Fone

total

145,00

54,99

Valor total
199,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

01/09/18 a 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID 145,00

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00

Total NET VIRTUA + 145,00

NET Fone

SERVIÇO DURAÇÃO 8,00

LIGAÇÕES LOCAIS 54,99

ASSINATURA 54,99

Total NET Fone 54,99



**TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER
SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO**

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada
Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.

! - Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- Deficiente Auditivo e de Fala Ligue 0800 721 7797 - é preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10621 e 8000-7217797 (deficientes auditivos)
Ouvidoria 0800 7010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
90718278626744,
90718278685626,
90718278685626,
90718278685626,
90718278685626,
90718278685626

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CADA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

| Cliente | Identificação para Débito | Mês Referência | Vencimento | Valor |
|-----------------------|----------------------------|----------------|------------|--------|
| JOSE EDUARDO DA SILVA | NET SERVICOS 9070145270823 | Setembro/2018 | 10/10/2018 | 199,99 |

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



CPF: 26.743.240



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.759-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Silva de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98 do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima
George Silva de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98, 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>Av. Marins Rosa</u> | | Número <u>82</u> | Complemento |
| Bairro <u>Mamais</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58033-460</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u> | Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u> | |

João Pessoa 13 de novembro de 2018

Local e Data

Alexandre Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLRDL001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 0790/2017

Atendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 9619 e prontuário nº 2017.02.005642 pertencente à **GEORGE SILVA DE SOUSA** que foi atendido dia 27/02/2017 às 17h46min, paciente vítima de acidente moto x moto, apresentando fratura exposta de antebraço direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura em ossos do antebraço direito. Realizado cirurgia dia 27/02/17 e alta médica dia 03/03/17.

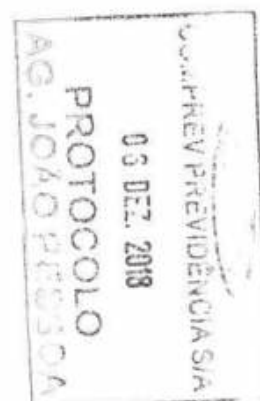
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Junho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida

Médico
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Alta Hosp



**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 201702 5692

SISREG
INTERNADO EM
27/02/17
VISTO ALX

NOME DO PACIENTE:

George Silva de Souza

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2013
PROTÓCOLO
AC. 2017.02.5692

Uipor

Uipor



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 9619 Atd: Nao Regula
Data: 27/02/2017
Hora: 17:46:34
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEORGE SILVA DE SOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.005642

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3095471 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/06/1983 Id: 33 ano(s)

End.: RUA ANTONIO GOMES, 828 PACIENTE SEM CARTAO DO SUS OBS. CARGA DE DESCARGA SEM TELEFONE

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: VERA LUCIA SILVA DE SOUSA

Pai: GERALDO GOMES DE SOUSA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Recm.: GEORGE SILVA DE SOUSA

Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3095471

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEIO NO RESGATE HJ AS 16/20 CONDUTOR

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO EM JACUMAM

Vitima de violencia por: NA RUA PRINCIPAL DO 01 POSTO DE GASOLINA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal: fratura exposta

Claynira Moura da Nobrega
Téc. de Enfermagem
CONEX - 96.987.290

TRAUMA EM ANTERIO @

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vitimado de acidente de moto
no Jm com fr. exp. antebraço D
Além disso fr. exp. antebraço L.

Diagnostico

Conduta

Fr. exp. ant. @

so bloco emerg

Prescrição

Horario da medicacao

1) Bloco Suclizol

2) SAT Suclizol IM - FF

3) Bloco Suclizol 2g + m; 6h

1) Ser. anti. com analg. fr. 6h Remedio 18h

#H000000000

Doente vítima de
ocidente de mão e
queixas de dor de
e de formigão de e no pé do

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

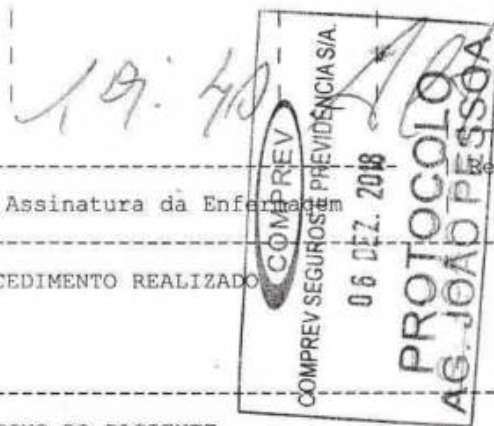
So leito ovolio
da cirurgia para
tratamento cirurgico pelo
cirurgião ortopedico

ED: So leito ovolio
da cirurgia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Ev |
|------|--------------|------|---------|----|
| | | | | |

Andre Ribeiro
Especialista em Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 5733



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



História

Doente vítima de
ocidente de trânsito
queixando-se de dor
e de formigão em ambas as
pernas.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Solicito o envio
do curativo para
tratamento cirúrgico pelo
cirurgião oncopele

ED: Solicito o envio
do curativo para

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtdel | Medicamentos | Dose | Horario | Ev |
|-------|--------------|------|---------|----|
| | | | | |

Dr. Eduardo Jorge de Souza
Clínica - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-OB. 5733

19:40 Alta Cir. Gen.

Dr. Eduardo Jorge de Souza
Cirurgia Geral
CRM-OB. 5733

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

| | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistência | <input type="checkbox"/> IML |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVE <input type="checkbox"/> IML |

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

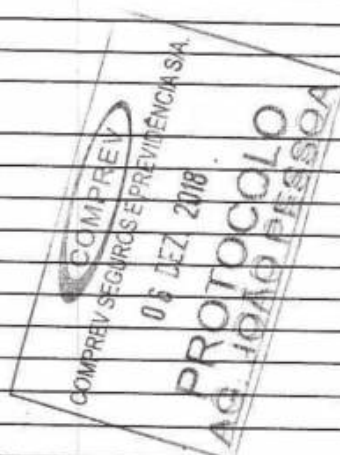
Hipóteses Diagnósticas: Transtorno de ansiedade

Conduta: Tratamento farmacológico

Antidepressivo Bupropiona

Dr. J. G. Júnior

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|
| Nome: <u>George Silva de Jesus</u> | | Data da Admissão: <u>27/02/20</u> | |
| Prontuário: _____ | Idade: _____ | Enfermaria: _____ | Leito: _____ |
| Nome da Mãe: _____ | | Endereço: _____ | |
| Cidade: _____ | | Estado: _____ | |
| Sexo: F () M () Cor: _____ | | Fone: _____ | |
| Escolaridade: _____ | | Profissão: _____ | |
| Estado Civil: _____ | | Religião: _____ | |
| Data de Nascimento: _____ | | Data de Nascimento: _____ | |
| QPD: <u>do cliente dentro do consultório do</u> | | | |
| HDA: <u>no qual conta de ser esferizado</u> | | | |
| Medicações em uso: _____ | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | |
| Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____ | | | |
| Pele: _____ | | | |
| Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____ | | | |
| AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____ | | | |
| ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume | | | |
| AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____ | | | |
| SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos | | | |
| SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor | | | |

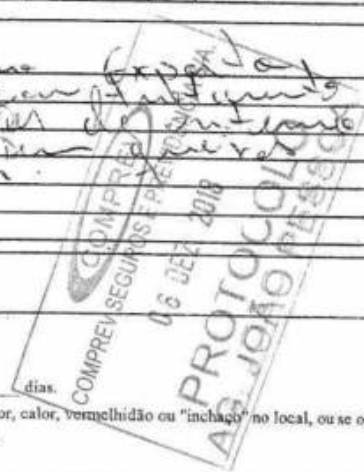
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------|--|
| NOME: <u>Leonar Silva de Sousa</u> | | | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: <u>33 Anos</u> | SEXO: <u>M</u> | COR: | CLÍNICA: | ENF: | LEITO: | | |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>27/02/17</u> | | DATA DE ALTA: <u>03/03/17</u> | | TEMPO DE PERMANÊNCIA: | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura Exposta das Ombra do Antebraço Direita</u> | | | | | CID: | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Distúrbio</u> | | | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>X</u> | | | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Exame Físico</u> | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento Cirúrgico</u> | | | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>Clorixina 500-y</u> | | | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA: | | | | | | | |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA: | | | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO | | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | | <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO | |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES): <u>Paciente chegou ao hospital com fratura exposta da</u> <u>ombra direita do antebraço, fratura exposta</u> <u>com perda de tecido mole, 3 dias de internamento</u> <u>em tratamento cirúrgico e medicamentoso.</u> <u>Alta hospitalar.</u> | | | | | | | |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | | | | | | |
| DIETA: <u>Dieta líquida</u> | | | | | | | |
| REPOUSO: Relativo em casa por <u>60</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>90</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias. | | | | | | | |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u> | | | | | | | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Clorixina + Analg</u> | | | | | | | |
| RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em <u>30</u> dias para revisão. | | | | | | | |
| DATA: <u>03/03/17</u> | | | | | | | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | | | |



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em decúbito dorsal.
pelo anterior

② Para o + hábito para a + hábito do
lado por anterior

Incisão:

③ Incisão dorsal longitudinal
duas vezes longitudinal para o
o lado

④ Desbaldante excisão da

Achados:

sem lesão

⑤ Redução da massa e do peso da
parte de P e para o
o lado e o lado

Conduta:

⑥ Desbaldante com sem lesão

⑦ Suturas: do lado com nylon.

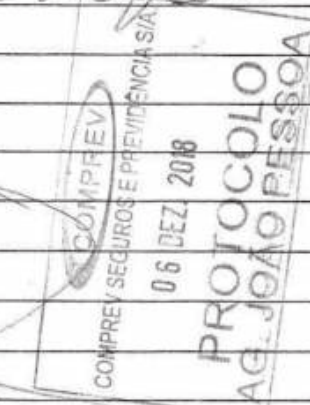
⑧ Curativo.

Fechamento:

OBS:

Dr. Paulo

Dr. Manoel João Carneiro
CRM 2554
Médico Residente Ortopedia



27 FEV. 2017

Data: ___/___/___

MÉDICO/CRM

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

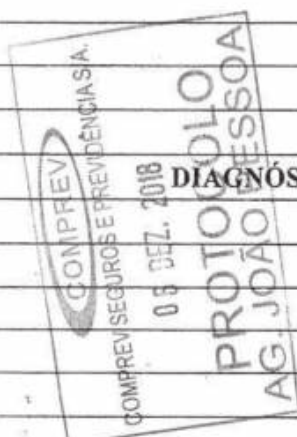




Dr. George de Jesus

RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------|
| Nome: <i>George de Jesus</i> | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: |
| EMP: | | LR: | |
| Data: <i>27/02/18</i> | Cirurgião: <i>Dr. George</i> | 1º Assistente: <i>Dr. André</i> | |
| 2º Assistente: <i>Dr. João</i> | 3º Assistente: | Instrumentador: | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | CID | |
| <i>Tratamento do olho do paciente</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | CID | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | CÓDIGO | |
| <i>Tratamento cirúrgico</i> | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não | | Descreva: | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | |



Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda
Rua Prof. Inácio Simões, 42
Geronário - CEP 58.429-013
Fone: (83) 3322.2575
Campina Grande - PB
topimplantes@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Ortopedia mancha Código: _____

Procedimento: Ret. exposta Antebraço Cód. do Procedimento: _____

Paciente: George Julius de Souza

Data da Cirurgia: 7.7.2017 Prontuário Nº: 101702005642 Convênio: 505.

Cirurgião: Prof. Ribeiro Coódiço: () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

| Qtd. | Descrição | Cód. Produto | Valor Unt. | Valor Total |
|------|----------------------|--------------|------------|-------------|
| | Dibron | | | |
| | ex 315 | | | |
| 01 | placa 06 puros rets | | | |
| 02 | parelho latões n: 16 | | | |
| 03 | parelho latões n: 22 | | | |
| 02 | parelho latões n: 20 | | | |
| 05 | parelho latões n: 18 | | | |

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | | Nº | Qtd. | Cód. | Valor Unit. | Valor Total |
|------------------|--|----|------|------|-------------|-------------|
| PARAFUSO | | | | | | |
| CORTICAL. 3.5mm | | | | | | |
| PARAFUSO | | | | | | |
| CORTICAL. 4.5mm | | | | | | |
| PARAFUSO | | | | | | |
| ESPONJOSO. 4.0mm | | | | | | |
| PARAFUSO | | | | | | |
| ESPONJOSO. 6.5mm | | | | | | |
| ESP. R/16 CURTA | | | | | | |
| PARAFUSO | | | | | | |
| ESPONJOSO. 6.5mm | | | | | | |
| ESP. R/32 LONGA | | | | | | |
| PARAFUSO | | | | | | |
| MALEOLAR 4.5mm | | | | | | |

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____


PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Nº do pedido: _____



ANEXO II

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY 2 - CNES 23 9 9 6 2 8 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY 4 - CNES 23 9 9 6 2 8 | | | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE George Alves de Souza 6 - DATA DE NASCIMENTO 2017/02/09 7 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 8 - Nº DO PRONTUÁRIO 3642 9 - NOME DA MÃE 10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 11 - TELEFONE DE CONTATO 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 14 - UF 15 - CEP | | | |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTDE. 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE. 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE. | | | |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Diberon ex 315 01 placa 06 furos vert 02 bancada espelhos n: 16 03 " " n: 22 04 " " n: 20 05 " " n: 18 | | | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 27/02/2017 | | | |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO
2427718 SSP PR

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

FUNÇÃO
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACE CENSO
B

Nº REGISTRO 01851269660 VIGÊNCIA 16/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001

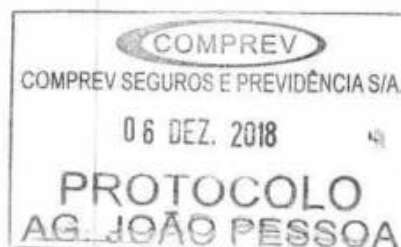
ASSINATURAS

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

Rodolfo Corrêa Lima
ASSINATURA DO EMISOR 66588356744 72027919595

894056231



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB Nº 013027014063
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RRT 20170000022927-4 EXERCÍCIO
1 0021378335-5 00/00000000 2017

NOME
JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA

CPF / CNPJ
02912586461

PLACA
KIL2871/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI
KIL2871 PE 9C2KD0520AR038663

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL
MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS MIX ES 2010 2010
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I 00/00/0000 1º
P 2º
V 3º
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
A ***** 0

PRÊMIO TARIÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 26/01/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB

16730



DATA
27/01/2017
11409

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CONTRAN



DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, George Silva de Sousa
brasileiro, Porteiro, Bomacheiro, portador do RG de Nº
3.095.471 e CPF de Nº 079.959.084-98, vítima de acidente de
transito dia 27/02/2017 no veículo moto de placa
KJL 2871 P3 onde eu era Condutor, de propriedade
de Jose Lundemburg Filgueira VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

(x) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT - INVALIDEZ, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

George Silva de Sousa
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 07 de novembro



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

George Silva de Sousa
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão carpinteiro
CI RG nº 3.095.471
CPF/MF nº 079.959.064-98, residente e domiciliado(a) à Rua R. Antonio Gomes, 221, Cruz das Armas,
Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58085-070, telefone (83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 04 de novembro de 20 18.

Selo
Serviço
Notarial

George Silva de Sousa

OUTORGANTE

Tiago Dionísio da Silva

5070

RECONHECIMENTO DE ASSINATURA
TIAGO DIONÍSIO DA SILVA
CPF: 079.959.064-98
RG: 2.627.718 SSP/PB
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38

Reconhecido: Como autêntica e verdadeira, a/si Firmante: DOUTOR GEORGE SILVA DE SOUSA

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-022035]EML:64 49 49 FAPEN:64 0,28 0,28-64 1,90 1,90-64 0,4

SELO DIGITAL: 4499392-FMG
Confira a autenticidade em <https://selodigital.org.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442170/18

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

CPF: 079.959.064-98

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE SILVA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEORGE SILVA DE SOUSA : 079.959.064-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA

