



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
<b>GEORGE SILVA DE SOUSA (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b> <b>MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37187 891	27/11/2020 11:54	<a href="#"><u>2767452_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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° 13700022



Pad 00617/000618 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011271154545520000035487879>  
Número do documento: 20112711545520000035487879

Num. 37187801 Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14433048



pag. 01757/01758 - carta 16 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Núm. 37187891 - Pág. 3



## 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	Nome completo da vítima
	079.959.064-98	George Oliveira de Souza

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	George Oliveira de Souza	CPF titular da conta	079.959.064-98	Profissão	Borracheiro
Endereço	Rua Antônio Gomes	Número	531	Complemento	
Bairro	Cruz das Armas	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58085-070	Telefone (DDD)	031

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"/> RECLUSO 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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1033		107862	8

(Informar dígito se existir)

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
BANCO	Nome	NRO.

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 4

**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 DR<sup>a</sup> 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  
Noticiante  
**03 DEZ. 2018**  
**PROTÓCOLO**  
**10.000-40 PESSOA**

Procedimento Policial: 01758.01.2017.1.00.420

1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 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 interditada 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 Souza 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 §1º 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 disso de do seu conteúdo.

João Pessoa, 06 de Dezembro de 2018  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017





VISTO EM: 03/10/17

  
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.

**Josinaldo B. G. dos Santos**  
TEN QM 517240-3

**Chefe da 3ª Seção**

03 DEZ. 2013  
PROTOCOLO  
AO PESSOA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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: craphbs@bombeiros.pb.gov.br





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

SUELI

REFERÊNCIA  
SET/2018

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
010-045 011-000 000	1	0 0 0 0		
Irômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO Queda | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

10 11/10/2018

1. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO DO PORT. 05/2012 HS.  
3/2018 10 PARÂMETROS 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  
4/2018 10 COL.TOTALS. 0 0 0  
DIA(M) DADOS REFERENTES A: JUL/2018

DATA IMPRESSÃO: 12/09/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 13:13:50
CRÉDITO:	CONSUMO: TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA 10-11 37,91	
DESCRIÇÃO(S) MÊS(EIS) ANT. 05/2018 06/2018 07	2,27
IMOS DE MORA 05/2018 06/2018 07/2018	1,33

II APROVADO DE IRIBITÓS-R\$ 2.51 PIS E COFINS LEE 12.741.11

CIMENTO: 23/09/2018	Total a Pagar:	R\$ 41,51
---------------------	----------------	-----------

I CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

II CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: I

INSCRIÇÕES GERADAS:

"DO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

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

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	EFETUADO	TOTAL A PAGAR
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA	590583	SET/2018	12/09/2018	R\$ 41,51

82670000000 1 41510010001 5 000059053301 4 09201810003 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>

Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 8



JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA, 000  
MANAÍRA  
58038-460 - JOÃO PESSOA - PB

Código NET  
**907/014527082**  
CPF/CNPJ  
**455.536.024-91**

Vencimento  
**10/10/2018** Valor  
**199,99**  
Forma de Pagamento  
**BOLETO BANCÁRIO**

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

001/004



#### Minha NET:

- ( BDA LARGA NET
- ( EMPRESAS 60 MEGA FIO
- ( FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

Descrição	Total
( NET VIRTUA +	<b>145,00</b>
( NET Fone	<b>54,99</b>

Valor total  
**199,99**

#### () NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +  
DATA DE VENCIMENTO: 06/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FIO  
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +  
Total NET VIRTUA +

#### () NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAIS	0h02m06s
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 supenguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

Acesse [net.com.br/monet](http://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.core.br](http://net.core.br)
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET fatura ao Serafá/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 cobrados nas seguintes datas futuras:
- Deficiente Auditivo e de Fala (pgr 9800 721 7797 - é preciso realizar a ligação com um telefone adaptado para surdo) ou TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos). Ligue 4064-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (apenas de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10621 e 8880-7217787

REGISTROS DE ATENDIMENTO:  
9071827987207144,  
907182798545635,  
907182798545626,  
907182798545519,  
9071827981300256

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 efete 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, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

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

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



OF 26 102-10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>

Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 9



## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Lacerda Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.751-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Silveira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98 ldo sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima George Silveira de Souza 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:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Localidade	Número	Complemento
<u>Ave. Manoel Rosa</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>82</u>	
<u>Bairro Manaíra</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<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 Lacerda Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 10



## 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, data e assino a presente certidão.

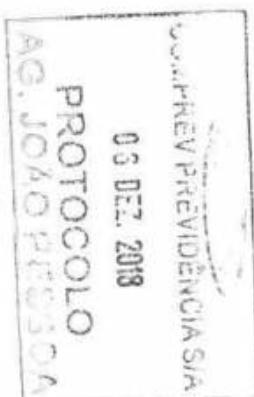
João Pessoa, 19 de Junho de 2017

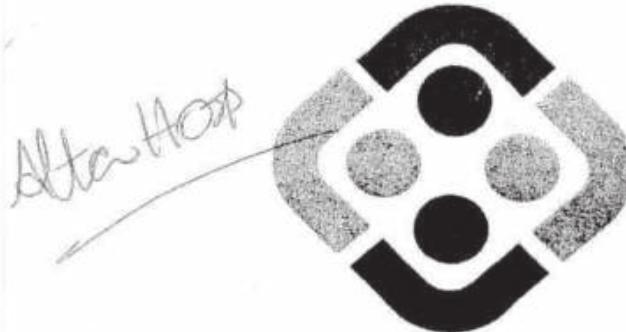
Rosângela M. Escorel Almeida

Médico

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





*Alta HOP*

# **Complexo Hospitalar MANGABEIRA**

**GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY**

# **PRONTUÁRIO**

Nº:	201702 5692
-----	-------------

SISREG  
INTERNADO EM  
27/10/17  
VISTO *Alex*

NOME DO PACIENTE:	
<i>George Silva de Souza</i>	
ENFERMARIA:	LEITO:
<i>Vigor</i>	
PROTÓCOLO ACOVOPE	
03 DEZ. 2018	

*(a-fop)*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEORGE SILVA DE SOUSA Num. de vezes atendido: 1  
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  
Recn.: GEORGE SILVA DE SOUSA  
Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3095471  
Pro- dencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEIO NO RESGATE HJ AS 16/20 CONDUTOR  
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO EM JACUMAM  
Vitima de violência por: NA RUA PRINCIPAL DO 01 POSTO DE GASOLINA  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
FC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
Glicemia: INC: 05 DEZ. 2018 [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: O2%: COMPREV SEGURO E PREVIDENCIASIA [ ] Regular [ ] Chocado  
Queixa Principal: fratura exp. [ ] Vomito  
Observacao

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Cláudio Moreira da Nóbrega  
Tec. de Enfermagem  
COMARCA DE JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oitavo de estudante de moto  
no tr. cor. f. cap. autônomo D  
Nelmito 110 cilindrada.

Diagnostico

| Conduta

Pt car evit. 18/02/2014 bloco lombalgia  
Prescritas Horario da medicacao  
1) gelo salicicolo 2) SAT saup IM - FF 3) sepiolito 2g + m; 6u 18/02/2014 cintur.  
SPN. 01. com 110: frio h1 remova 18/02/2014

Hospital

No centro volta os ocos  
ocultos de um oco  
queijo volta os deles  
é de queijo de embaixo

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Solicito ovo de ovo  
de cunha para  
tomando cunha pelo  
cunha onto pedo

E.D.: Solicito ovos

da cunha para

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolução

Dr. Eduardo Jorge Soárez  
Ribeiro  
Cirurgia Traumática  
CIRURGIA DO JOELHO  
CRM-SP 5733

19:40

O.J. / oral

Dr. Eduardo Jorge Soárez  
Cirurgia Geral  
CRM-SP 5733

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV	PREVIDENCIA S/A
COMPREV SEGUROSE	06 DEZ 2018
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Reservado p/ liberação	

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



~~Hospital~~

BOLETO DE VITÓRIA  
ODONTOLOGIA  
QUEIXA: dor de dente  
Especialidade: Odontologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

SOLICITO OSSEOS  
do cirurgico para  
Protocolo cirurgia pelo  
cirurgio ortopedico

E.D.: SOLICITO OSSEOS  
do cirurgico para

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Especialista
				André Ribeiro Ortopedia Traumatologia CIRURGIA DO JOELHO CRM-PB: 5733

19.40 ALF. Orl. Jard

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  SVA  IML



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco 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: *Tecido de cera do ouvido e  
estufa*Conduta: *Tratamento cirúrgico**Antibiótico Proflaxico**Dr. J. O. Góis.*

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: George Sá Pinto de Souza Data da Admissão: 27/09/2018  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 11/11/1980

QPD: 80 Anos vindo visto do ocidente do Ceará querendo ser atendido  
HDA: vou querer ficar no hospital

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 PESCOÇO: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]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-reposo [ ]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	Leonardo Silveira de Souza			PRONTUÁRIO N°
IDADE	33 Anos	SEXO	M	COR
				CLÍNICA
				ENF.
				LEITO

DATA DE ADMISSÃO	01/02/17	DATA DE ALTA	03/03/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	----------	--------------	----------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: Infecção exposta das Ossas do Antebraço Direito

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Osteomielite

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

Rx + Exame Físico

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Treatmente Cirúrgico

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:

Albuterol 500 - x

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O.  SIM  NÃO COLETA DE MATERIAL  SIM  NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA:  MELHORADO  REMOVIDO  A PEDIDO  CURADO  ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES):  
Paciente com dor no antebraço direito, com febre e náuseas. Foi submetido a cirurgia de remoção da lesão óssea infectada. Foi realizada drenagem da ferida e aplicação de pomada antibiótica. O paciente está em alta médica e deve retornar ao hospital para revisão.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Normal*

REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 90 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: 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.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Albuterol 500 - x*

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

03/03/17 DATA

Dr. Lílio Moreira Torres  
CRM 16.733

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

① O paciente é deitado em decúbito dorsal com cotovelos

② Assepsia e higiene pré e pós operatória do pescoço e abdômen

Incisão: ③ Um círculo dorsal na gástrica com extensão longa de lado ao pescoço para o abdômen

④ Descolamento retrosternal e retroperitoneal

Achados: Bexiga preta

⑤ Endurecimento ósseo e frágil no sacro e de Pyle poropatia e do diafragma e o celo

### Conduta:

⑥ Descolamento em retro peritoneo

⑦ Fixação óssea óssea com argamassa.

⑧ Cerramento.

### Fechamento:

### OBS:

COMPRESSE  
COMPREV  
SECURIS E PREVIDÊNCIA S/A  
06 DEZ 2008  
PROTÓCOLO  
AG. JOSÉ PESSOA

Dr. Francisco Filho Barreto  
CRM-8554  
Médico Residente Ortopedista

MÉDICO/CRM

Data: \_\_\_\_\_

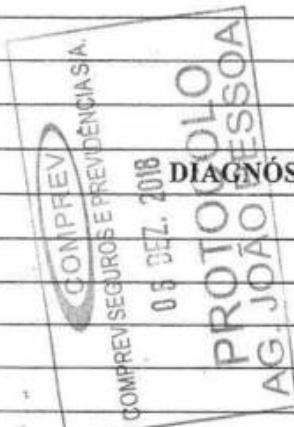
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





**CHURGOS S. ANDRA ALVAREZ**

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Georgo Sérgio do Nascimento</i>				Registro:
Idade: <i>27</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Pardo</i>	Clinica: <i>Hospital São Vicente</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>27/02/18</i>	Cirurgião: <i>Dra. Socuer</i>		1º Assistente: <i>Dra. Andrade Oliveira</i>	2º Assistente: <i>Dra. Dilia</i> 3º Assistente: _____
Anestesista: _____	Tipo Anestesia: _____		Instrumentador: _____	Horário: I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fractura ob匈o do antebraço</i>				<i>B120</i>
 <b>COMPRENSO E PREVIDÊNCIA SA</b> <b>PROTÓCOLO</b> <b>JOÃO AG.</b> <b>08 DEZ. 2018</b>				DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<i>Tratamento conservador</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				

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





**Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda**  
Av Prof. Inácio Simões, 42  
Carenópolis - CEP 58.429-013  
fone: (83) 3392.2675  
Carrapateira Grande - PB  
e-mail: topimplante@gmail.com

## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: OrthoGems, men's hospital Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Fct. exporta contabilos. Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: George Silveira Souza

Data da Cirurgia: 17/02/2017 Prontuário N°: 10170200564 Convênio: SUJ

Cirurgião: Thiago Ribeiro Coórgico: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## **DESCRICA DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Dibron ex315	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	placa 06 juros refe				
02	párc juros refis n: 16				
03	párc juros refis n: 22				
02	párc juros refis n: 20				
05	párc juros refis n: 18				

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS						Valor Unit.	Valor Total
	Nº						
PARAFUSO CORTICAL. <b>3.5mm</b>	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO CORTICAL. <b>4.5mm</b>	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO ESPONJOSO. <b>4.0mm</b>	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO ESPONJOSO. <b>6.5mm</b> ESP. R/16 CURTA	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO ESPONJOSO. <b>6.5mm</b> ESP. R/32 LONGA	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
PARAFUSO MALEOLAR <b>4.5mm</b>	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Estarán N.E. para:

Cód. de consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_



## ANEXO II

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY</b>						2 - CNES 2 3 9 9 6 2 8	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY</b>						4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8	
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE <i>George Silveira Souza</i>						6 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>20170200</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO / / /	
9 - NOME DA MÃE						9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)						11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO						15 - UF	
16 - CEP							
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>							
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
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 SECUNDARIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
<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	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				31 - QTDE			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				37 - QTDE			
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>							
<p><i>Dibron ex 315</i></p> <p>01 place ob junes reta      02 banjuro urticaria n: 16      03 "      04 "      05 "</p> <p><i>n: 22</i>  <i>n: 20</i>  <i>n: 18</i></p>							
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>						40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF		<i>Assinatura e Carimbo</i>			
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
<input checked="" type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF		<i>Assinatura e Carimbo</i>			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 24

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB** **Nº 013027014063**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
 VIA **COD. PRTM** **20170000022927-4** EXERCÍCIO  
 1 **0021378335-5** **00/00000000** **2017**

**JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA**

**CPF / CNPJ** **02912586461** **PLACA** **KIL2871/PB**

**PLACA ANT / UF** **KIL2871 PE** **CHASSI** **9C7KD0520AR038663**

<b>ESPECIE TIPO</b>	<b>MARCA / MODELO</b>	<b>COMBUSTIVEL</b>
<b>PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b>	<b>HONDA/NXR150 BROS MIX ES</b>	<b>ALCO/GASOL</b>
<b>ANO FAB</b>	<b>2010</b>	<b>ANO MOD.</b>
<b>CAP / POT / CIL</b>		<b>PARTIC</b>
<b>2 P/149 /CI</b>		<b>COR PREDOMINANTE</b>
		<b>PRETA</b>
<b>GOTA ÚNICA</b>	<b>VENC. COTA ÚNICA</b>	<b>VENC / COTAS</b>
<b>I</b>	<b>00/00/0000</b>	<b>1<sup>a</sup></b>
<b>P</b>		<b>2<sup>a</sup></b>
<b>V</b>		<b>3<sup>a</sup></b>
<b>A*****</b>	<b>0</b>	
<b>FAIXA I.P.V.A</b>	<b>PARCELAMENTO / COTAS</b>	

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

**OBSERVAÇÕES**  
**SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

**VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA** **0**

**JOAO PESSOA-PB** **DATA** **27/01/2017**  
**16730** **11409**

**CONTRAN** **COMPRAR**  
**COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**06 DEZ. 2018**



## DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, George S. Pires de Souza  
brasileiro, Poldero, Bomacheiro, portador do RG de Nº  
3.095.471 e CPF de Nº 079.959.084-71, vítima de acidente de  
transito dia 27/02/2017 no veículo moto de placa  
KJL 2871 PB, onde eu era Condutor, de propriedade  
de José Landemberg 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

( ) 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 - JU ALI 2, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

George S. Pires de Souza  
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Russa - PB, 07 de novembro



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

George Silveira de Souza  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão  
Bracachero, CI RG nº 3.095.5171  
CPF/MF nº 079.959.064-98 residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Antônio Gomes, 225, Cruz das Almas.  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58085-070, telefone  
(83) 99305.5363, (83) 9 8663 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 2018.

Tiago Dionisio da Silva

SÓCIO

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Enviado para: Tiago Dionisio da Silva - Agente de Atendimento

GEORGE SILVA DE SOUZA

En test. da verdade. João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38

Tiago Dionisio da Silva - Agente de Atendimento

F2018-02-20551EN00RS97-48 Firma digital 0,28 MB 1,90 TSS

SELO DIGITAL: AH49892-FN06

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



George Silveira de Souza

OUTORGANTE



## 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](http://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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:54:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711545455200000035487879>  
Número do documento: 20112711545455200000035487879

Num. 37187891 - Pág. 28