
Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028886

Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON FRANCO DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028886

Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEITON FRANCO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CLEITON FRANCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 0000041310-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	120.917.914-82	Eleiton Franco da Silva

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

Nome completo:	CPF:
Eleiton Franco da Silva	120.917.914.82
Profissão:	Número:
Estudante	338
Endereço:	Complemento:
Rua Rita Raquel de Vasconcelos	
Bairro:	Cidade:
Centro	Quama
E-mail:	Estado:
	PB
	CEP:
	58000-000
	Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 39 CONTA: 41310 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 11/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura 11 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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

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

Caixa Poupança

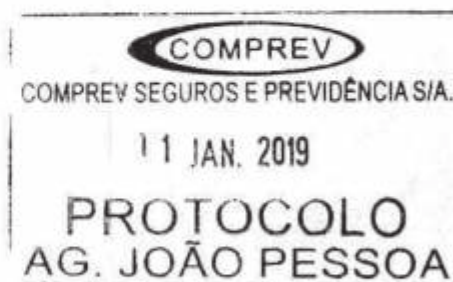
Ag: 39

OP: 13

Conta: 41.310-5

~~33~~ ~~20~~
51 limite

Conta do menor





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00048.01.2018.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2018.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:28 horas do dia 26 de dezembro de 2018, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria Isabel Marculino Franco**, conhecido(a) por Bel, CPF nº 044.651.944-80, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Doméstica, filho(a) de Antônio Salvino e João Marculino Franco, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 28/01/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 138, complemento CASA NO BAIRRO DE FAGUNDES DE LUCENA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Casa de Dona Eronildes, Conhecida Por Sorriso, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98750-9174.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Bar da "bonitona", nº S/N, Via Pública, Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/08/16 21:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL.**

Objeto(s) Envolvido(s):

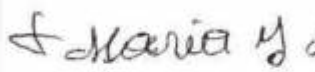
(1) Moto, modelo XR 250 TORNADO, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2008/2008, placa KGU-6303, chassi 9C2MD34008R024698, renavam 0097240946-7, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013929799692; nº. P.r.t.: 20180000118733-7; nº. Lacre: 0042924723; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Kgu-6303/pe; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Onaldo Pedro da Silva Filho.

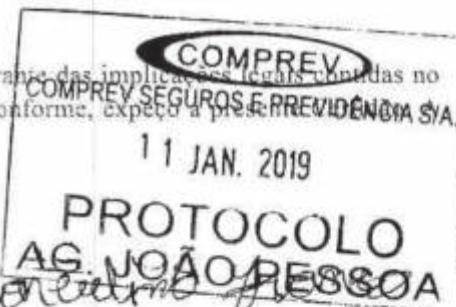
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O SEU FILHO MENOR DE NOME CLEITON FRANCO DA SILVA, NASCIDO EM 19/01/2001, COM 17 ANOS DE IDADE, VINHA PILOTANDO O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA EM UMA RUA DE BARRO NA LOCALIDADE ONDE RESIDE, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE DO TIPO QUEDA E SE MACHUCOU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, ASSINADO PELA MÉDICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, C.R.M.:3883/PB.

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, expeto a presença do(a) declarante para a referida é verdade. Dou fé.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
CPF nº 044.651.944-80

 Maria Isabel Marculino Franco





Lucena/PB, 26 de dezembro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Oatossido - Matr. 157.356-9

MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	120.917.914-82	Eleiton Franco da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Eleiton Franco da Silva	120.917.914.82	
Profissão:	Endereço:	Número:
Estudante Rua Rita Raquel de Vasconcelos		338
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Quama	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58000-000	

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

RENTA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 39 CONTA: 41310 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos?
		☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 11/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura 11 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

Caixa Poupança

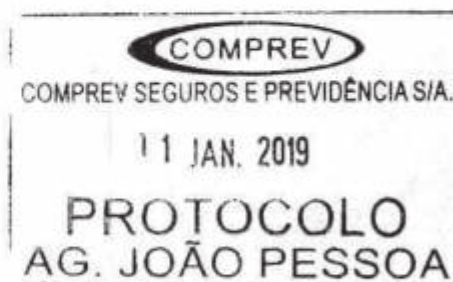
Ag: 39

OP: 13

Conta: 41.310-5

~~33~~ ~~20~~
51 limite

Conta do menor



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028886 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

FEITO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLETO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AGA FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 878869 Atd: Nao Regula
Data: 20/08/2016
Hora: 21:35:12
Recepcionista: GISELE ETELVINO DE AL
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEITON FRANCO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.08.001746

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0000 Fone: 988945665

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 19/01/2001 Id: 15 ano(s)

End.: RUA MARIA RITA, 138

Bairro: FAGUNDES Cidade: LUCENA UF: PB

Pai: ONALDO PEDRO DA SILVA FILHO

Mae: MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO FAGUNDES

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLIZAO MOTO XCARRO HJ AS 17:30// MORENO

Vitima de violência por: ENS, FUND. INCOMP.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politrauma [] Convulsao
[] Hemorragia [] Espinha
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Choro
[] Pronto
Observada

Exame Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO X CARRO HJ AS 17:30. NECA DE RUA A CORREIA.

Drª Josiane Pereira da Silva
Enfermeira
COREN/PB 350136

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

do moto tra e 1h. Nega uso de capacet
nada TCC. Refus da um MTC onde se inch
cia abando nta, abando

Diagnostico

Shawnson Pontes

Prescricao

Conduta

Alto do p. geral
a auto medic

Horario da medicacao

EDINSON CARLOS PEREIRA
ASP. OF. 12-CRMF
IDT 070.54.707-2

ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente automobilístico:
há 03 horas, evolução dor e prumo @
Ao exame: Trauma múltiplo e fratura antebraço
e prumo @

Data e Hora + PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Rx: Trauma dos ossos do prumo @ (exposto)

CD: Ombros
Lombalgias
VPM
Cintura escapular

SST 5.000 UI IM
Cefalotina 2g + DOB

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 7505 / FEO 14360

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Casa a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON FRANCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000041310-5

Nr. da Autenticação B4ADEBD419D0705C

© 2010 John Wiley & Sons, Ltd. *J. Clin. Neurophysiol.* 31: 123–130, 2010
DOI: 10.1111/j.1469-7580.2010.02420.x



2024年12月15日 星期一
 2024年12月15日 星期一
 2024年12月15日 星期一

Call game DAB Automática: 800 16 90 3527

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/01/18	0000	01/01/18	0000		100	30
Demonstrativo						
CO	Descrição	Quantidade Entregada	Valor Base (R\$)	Alíq. ICM (R\$)	Base ICM (R\$)	Valor ICM (R\$)
		Quantidade Recebida	CMR (R\$)	CMR	Parcela (R\$)	CMR (R\$)
0001	Consumo energia	200.000.000.000.000	180.45	180.45	36	6.48
0001	Adc. B. Viximônia		4.75	4.75	36	1.71
0001	Adc. B. Viximônia		1.00	1.00	36	0.36
LIQUIDACAO DE DEBITOS						
0001	CONTR. SERV. DE AEROP. DE		11.28	11.28	36	4.06

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/11/2018		R\$ 198,62

6	15	48	20	4	15	22	12	10	21	12	22
Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18
REVENUE 2018 (12 MONTHS)											

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4051.cb22

Indicadores de Qualidade			Estatísticas das 14 Cidades		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
1. Tensão	100,00	100,00	1. Tensão	100,00	100,00
2. Tensão	100,00	100,00	2. Tensão	100,00	100,00
3. Tensão	100,00	100,00	3. Tensão	100,00	100,00
4. Tensão	100,00	100,00	4. Tensão	100,00	100,00
5. Tensão	100,00	100,00	5. Tensão	100,00	100,00
6. Tensão	100,00	100,00	6. Tensão	100,00	100,00
7. Tensão	100,00	100,00	7. Tensão	100,00	100,00
8. Tensão	100,00	100,00	8. Tensão	100,00	100,00
9. Tensão	100,00	100,00	9. Tensão	100,00	100,00
10. Tensão	100,00	100,00	10. Tensão	100,00	100,00
11. Tensão	100,00	100,00	11. Tensão	100,00	100,00
12. Tensão	100,00	100,00	12. Tensão	100,00	100,00
13. Tensão	100,00	100,00	13. Tensão	100,00	100,00
14. Tensão	100,00	100,00	14. Tensão	100,00	100,00
15. Tensão	100,00	100,00	15. Tensão	100,00	100,00
16. Tensão	100,00	100,00	16. Tensão	100,00	100,00
17. Tensão	100,00	100,00	17. Tensão	100,00	100,00
18. Tensão	100,00	100,00	18. Tensão	100,00	100,00
19. Tensão	100,00	100,00	19. Tensão	100,00	100,00
20. Tensão	100,00	100,00	20. Tensão	100,00	100,00
21. Tensão	100,00	100,00	21. Tensão	100,00	100,00
22. Tensão	100,00	100,00	22. Tensão	100,00	100,00
23. Tensão	100,00	100,00	23. Tensão	100,00	100,00
24. Tensão	100,00	100,00	24. Tensão	100,00	100,00
25. Tensão	100,00	100,00	25. Tensão	100,00	100,00
26. Tensão	100,00	100,00	26. Tensão	100,00	100,00
27. Tensão	100,00	100,00	27. Tensão	100,00	100,00
28. Tensão	100,00	100,00	28. Tensão	100,00	100,00
29. Tensão	100,00	100,00	29. Tensão	100,00	100,00
30. Tensão	100,00	100,00	30. Tensão	100,00	100,00
31. Tensão	100,00	100,00	31. Tensão	100,00	100,00
32. Tensão	100,00	100,00	32. Tensão	100,00	100,00
33. Tensão	100,00	100,00	33. Tensão	100,00	100,00
34. Tensão	100,00	100,00	34. Tensão	100,00	100,00
35. Tensão	100,00	100,00	35. Tensão	100,00	100,00
36. Tensão	100,00	100,00	36. Tensão	100,00	100,00
37. Tensão	100,00	100,00	37. Tensão	100,00	100,00
38. Tensão	100,00	100,00	38. Tensão	100,00	100,00
39. Tensão	100,00	100,00	39. Tensão	100,00	100,00
40. Tensão	100,00	100,00	40. Tensão	100,00	100,00
41. Tensão	100,00	100,00	41. Tensão	100,00	100,00
42. Tensão	100,00	100,00	42. Tensão	100,00	100,00
43. Tensão	100,00	100,00	43. Tensão	100,00	100,00
44. Tensão	100,00	100,00	44. Tensão	100,00	100,00
45. Tensão	100,00	100,00	45. Tensão	100,00	100,00
46. Tensão	100,00	100,00	46. Tensão	100,00	100,00
47. Tensão	100,00	100,00	47. Tensão	100,00	100,00
48. Tensão	100,00	100,00	48. Tensão	100,00	100,00
49. Tensão	100,00	100,00	49. Tensão	100,00	100,00
50. Tensão	100,00	100,00	50. Tensão	100,00	100,00
51. Tensão	100,00	100,00	51. Tensão	100,00	100,00
52. Tensão	100,00	100,00	52. Tensão	100,00	100,

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

2014年12月15日

$$4296 + 6(12 + 9 + 22) = 480$$

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

83840000001.1 98620149000-0 16983562018.7 11400005018-4



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

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 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, Alexandra Genn Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claiton Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120917914/82, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Claiton Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120917914/82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|---|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Endereço
<u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u> | | Número
<u>157</u> | Complemento |
| Bairro
<u>Changabira</u> | Cidade
<u>João Pessoa</u> | Estado
<u>PB</u> | CEP
<u>58056-384</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |

João Pessoa, 04 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Alexandra Genn Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ONARDO PEDRO DA SILVA FILHO,
RG nº 2414144, data de expedição 08/04/1997
Órgão SSP/PB portador do CPF nº 031196564-55 com
domicílio na cidade de JOUCENA, no Estado de
PARAIBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua MATZIN RUA, nº 26,
complemento FAGUNDES declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Bleitom Franco da Silva cujo o condutor era
Bleitom Franco da Silva

Veículo: = MOTO
Modelo: = HONDA/XR 250 TORNADO
Ano: = 2008
Placa: = FGU 6303/PB
Chassi: = 9C2MD34008R024698
Data do Acidente: 08/04/2018
Local e Data: Joúena - 14 de Abril 2018

Onaldo Pedro da Silva Filho
Assinatura do Declarante

SELO DIGITAL
AGS 24161-8 NRM
Consulte Autenticidade em:
<http://selodigital.jp.pb.gov.br>

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS

PARAIBA - CUNHA DOS SANTOS

TABULELA

Rua São José, 174
Fagundes - Lucena - PB
Telefones: (83) 3293-1286 - 30984-1200

Cartório de Registro e Tabelião

Iraci Cunha dos Santos

Oficial e Tabelião

Rua São José, 174 - Fagundes - Lucena/PB
Fones: (83) 3293-1286/3293-5195

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2019

PROTOCOLO
AA. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0757/2018

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 878869 prontuário Nº 2016.08.1746 pertencentes à **CLEITON FRANCO DA SILVA** que foi atendido dia 20/08/2016 às 21H35min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 21/08/2016 e alta medica 23/09/2016.

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

João Pessoa, 18 de maio de 2018.

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 21 / 08 / 06

Nome: Claiton Franco

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 14 / 1 /

QPD: _____

HDA: doença pneumonia

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso 5 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: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise

☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____

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 PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____

☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

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: *Kx*

Hipóteses Diagnósticas: *Fat exp. de tórax ag*

Conduta: *Cirurgia*



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPT sob anestesia

Incisão:

Desbridamento de FO em 1/3 medial
de pelo 6q

Achados:

Frat exp de fíbula exp.

Conduta:

lavagem rigorosa c/ SF

Fechamento:

de pele com Nylon 2.0

Tala coxo - podalica

OBS:

Não tinha batente de motor no serviço
para realização de fratura fechada

Data:

08/08/16

MÉDICO/CRM

COMPREV

COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIA S/A

11 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO BELO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

João em Decúbito dorsal
 Anestesia
 Região Assinada

Incisão:

incisão longitudinal

Achados:

Lesão da cápsula do joelho

Conduta:

Realizar o artroscopia
 para
 Abridura da cápsula do joelho
 e Tior

Fechamento:

João 90% curado
 Curado

OBS:

Data:

21.08.10

Dr. Jorge Augusto
 Ortopedia e Traumatologia
 Médico do Trabalho
 CRM 12.778

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
 FUNDADO NACIONAL EM 1964

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOBRENOME - CNJ - ENDERECO
 2627718 087 PS

CIVILIDADE DATA NASCIMENTO
 046.502.754-74 21/08/1982

FILIAÇÃO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PLANO
 ACIC CADENB

1º PERÍODO 01851289660 16/01/2013 29/06/2001

2º PERÍODO

ASSINATURA DO SEGURADO

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

ASSINATURA DO EMISSOR 66588356744 08027919595

DEPARTAMENTO DE SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR 894056231

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 11 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.900

Maria Isabel Marculino Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2714538 DATA DE EXPEDIÇÃO 01 DEZ. 1999

NOME MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO
João Marculino Franco
FILIÇÃO Antonia Salvino

Lucena-PB
NATURALIDADE

28-01-1982
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 2737, fls. 288, Liv. A-3,
DCC ORIGEM
Cart. Lucena-PB

CPF

João Pessoa - PB

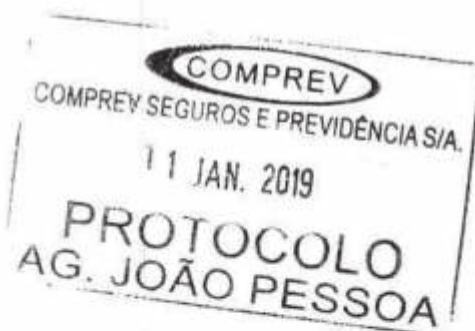
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Maria Isabel Marculino Franco
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 27.4536
CPF: 044.651.944-80
Profissão: doméstica
Endereço: Rita, Raquel de Vasconcelos, 138
CEP: 58316-000
Telefone: 83: 98663-4900 - 99342-1170

OUTORGADO:

Nome: Alexandria Alves Duarte
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: casada
Identidade: 2627758
CPF: 016.502.154-71
Profissão: advogada
Endereço: Agente Fiscal José Costa Duarte, 157
CEP: 58056-389
Telefone: 11 98663-4900 / 99342-1170

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Colúton Franco da Silva

Fagundes, 20-12-18

Local e data

Maria Isabel Marculino Franco

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
Serviço Notarial e Registral

IRACI CUNHA DOS SANTOS
TABELIA

Reconhecido por (nome, nº, e(s) firma(s) de

Maria Isabel Marculino Franco

conforme autógrafo arquivado neste Ofício.

Fagundes - Lucena - PB.

20/12/2018

Em Testemunho da Verdade

Rua São José, 474 - Fagundes - Lucena - PB - Tels. (83) 3293-1286/3294-0196

ESCRITURAS, PROCURAÇÕES, RECONHECIMENTO DE FIRMAS E CÓPIAS AUTENTICADAS

DATA: 20/12/2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL
AHW88185-ELLK
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.pb.gov.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013005/19

Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA

CPF: 120.917.914-82

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 20/08/2016

Titular do CPF: CLEITON FRANCO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

CLEITON FRANCO DA SILVA : 120.917.914-82

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: 11/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA