

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

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

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

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

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nilo Trigueiro Dantas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSSIMAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.577.934,81

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima DO MESMO

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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: **Rua Roldão Zacarias de Macedo**

Número: **145**

Complemento: **casa**

Bairro: **JK**

Cidade: **Picui**

Estado: **PB**

CEP: **58.187-000**

E-mail: **nilotdantas@hotmail.com**

Tel.(DDD): **(83) 99912-5490**

Local e Data: Picui/PB, 17 de Fevereiro de 2023.


Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2161391 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07

Paciente: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS (SEM DOCUMENTAÇÃO)

Endereço:

Cidade: Damião

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Obs: FICHA: SEM DOCUMENTOS

Mecanismos do Trauma

Local da Lesão (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça

2. Antebraço

3. Axila

4. Cintura

5. Garganta

6. Braço

7. Dorso

8. Empalme

9. Enfiamento subcutâneo

10. Enfiamento

11. Equinose

12. F. Ambr. branca

13. F. Ambr. de fogo

14. F. Contuso

15. F. Contame

16. F. Corte-contuso

17. F. Perfuro-contuso

18. F. Perfuro-cortante

19. Fratura aberta fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Injeção de medicamento

23. Laceração

24. Lesão tendinosa

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico paradoval

28. Objeto Encaixado

29. Chirrupa

30. Paralisia

31. Parestesia

32. Parestesiz

33. Queimadura

34. Rinite

35. Sinais de isquemia

36

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIAGNOSTICO / CID:

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIAGNOSTICO / CID:

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICO

Coluna Cervical

Fratura Perna a pé

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

Nega TCC / PTC / Abol ou bacia

21326170

Don't blame me

Dr: for 17th of 7, 14, 21

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

Dr. Wagner Falcão
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9843

$$x \rightarrow x^2 \in U_2$$

Ed. 66-67 / outubro

DESTINO DO PACIENTE

Allopostolar, (A)vevia

1962-1963

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

[http://www.csis.gov/csis/files/2013/06/ncsc_2013_en.pdf?colar=2161391&datestamp=2020-08-29&normalized=12:59:29](#)



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0038-52
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4760 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-860
Data: 29/05/2020

Paciente: JÓSSIMAR DINIZ DOS SANTOS (SEM DOCUMENTACAO) Idade: 02020 N° ATEND: 21641391

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 29/05/2020 HORA: 12:59:29

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SIANIS DE EMBRIAGUEZ · SIM

SYNAIS VITALIS

DIABETES ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALFEGGAS:

MEDICATION USED:

ESTADO GERAL:

AValiação Neurológica

```

{} CONVULSÃO {} INCONSCIENTE {} CONSCIENTE {} ORIENTADO
{} DESORIENTADO {} AGITADO {} COOPERATIVO {} DEPRESSIVO
{} IRRITADO {} DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA {} APÁTICO

```

SINTOMAS REFERIDOS

```
{ } FIEBRE { } VÔMITO { } DIARRÉIA { } EXANTEMA
{ } PRURIDO { } DISPNEIA { } DOR { } INAPETÊNCIA { } ALTERAÇÕES VISUAL
{ } ANAFILAXIA { } FLEBITE { } INAPETÊNCIA { } ALTERAÇÕES VISUAL
{ } EPIGASTRALGIA { } CONSTIPAÇÃO { } MELENA { } SÍMBOLOS { } TOSSE
```



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

083

ENFERMEDAD/CORON
arabimato

Agencia de
COPOLAB

[illegible]



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDU PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
2161429

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/08/1989

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DÚO Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÔDIGO DO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR E FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

21 - CID 10 PRIMÁRIA

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016296938549

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
WAGNER DE MELO FALCAO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
29/05/2020

32 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CUIA ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNES () CPF

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 29/05/2020

Número do Atendimento: 2161429 Clín: ALA AMARELA / End: 6 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 29/05/2020

Atendimento: 2161429

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + EXPOSTA DE PE DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: Data da Cirurgia: 29/05/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1: DR WAGNER FALECAO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: KESSIA

Anestesista: DR JOVANDÉ

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3) LAVAGEM EXASTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
4) REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
5) SUTURA + CURATIVO

Data 29/05/2020

Assinatura/Carimbo
Fabio Marcos Crispim Lima

Dr. Fábio Crispim
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
29 MAI 2020
CRM 16.173

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
JOSIMAR DA SILVA DOS SANTOS						31-12-1969		261429	
CIRURGIA		T.T. Urges para castr.		CIRURGIAO		Dr. F. de S. + Dr. N. de S.		SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	
ANESTESIA		Raque		ANESTESIA		Dr. Joviano		Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
INSTRUMENTADORA		DATA		INICIO		FIM			
Kecia		29-05-20		14:45		16:45			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO			
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxi.		Catgut cromado Serix				
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serix				
	Diazepam amp.	06	Compressa Grande		Catgut cromado Serix				
	Dimorfo amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples				
	Dolanina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Serix				
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serix				
	Fenegan amp.		Dreno Keri n°		Catgut Simples Serix				
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera pl osso				
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond				
	Kotaler ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond				
	Mecaina 2 % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond				
	Morfina amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serix				
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serix				
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulap				
	Protoloxo 1/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sulap				
	Qualicin ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca				
	Rapifen amp.		H ₂ O ml	06	Mononylon				
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon				
	Trachium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix				
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix				
04	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix				
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix				
02	Dilator amp.	01	Luvas 7.0		Vicryl Serfix				
02	Flebotom amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Serfix				
	Flebocord amp.	04	Luvas 8.0		Vicryl Serfix				
	Geramicina amp.	05	Luvas 8.5						
	Glicose amp.	05	Oxigenio lit						
	Glucos de Cálcio amp.		Polidrix						
	Haemacel int.	05	PVP Degemante ml						
	Heparina ml.		PVP Tópico ml.	Qtd.	SOROS				
	Kanakion amp.	05	Sabão Antisséptico		SG Normotermico fr 500 ml				
	Lasix amp.	04	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml				
	Medrotilazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml				
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml				
	Pro'amina	03	Seringa desc. 05 ml	04	SG 500 ml				
	Revivan amp.		Sonda						
	Stuplanon amp.		Sonda folloy	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE				
	Cefalosina 1g		Sonda Nasogáfrica		W ETICO				
			Sonda Uretrol n°	01	ortese exte matiz				
			Sterydren ml		350				
			Tornetrinha						
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml						
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18						
	Agulha desc. 28 x 28		Látex						
01	Agulha desc. 3 x 4.5								
	Alcool de Enfermagem								
	Alcool lodado ml								
09	Ataduras de Crepon	15							
	Ataduras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Josimar Diniz dos Santos</i>		IDADE	SEXO <i>M</i>	COR	
<i>29/05/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL <i>120x75</i>	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
T-PO SANGÜÍNEO	HEMATÍCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PERÍODIO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ALARMAÇOS	CORTICÓIDES	<i>Nega</i>	HIPOTENSÃO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fract. Exp. Tibia</i>					ESTADO FÍSICO	<i>Risco II</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA <i>Val</i>				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	D'			INDICAÇÃO			
LÍQUIDOS	<i>800</i>			Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
	<i>1000</i>			Laringo espasmo: _____ Laringite: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
				MANUTENÇÃO			
CÓDIGOS	PULSO: O - RESPIRAÇÃO			ANESTÉSIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
VP ARTERIAL	AX. A.			Não, por quê? _____			
				DESPERTAR			
				Reflexos na SO: _____			
				Oestr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
				Náuseas: _____ Vômitos: _____			
				Outros: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Sexo 100% de manuseio de mão. Gorg com cânula. Efedrina 30mg. Midol. 2mg. Fentanila 50mcg.</i>			com cânula: Para o Leito Sim _____ Não _____			
POSICÃO				CONDIÇÕES:			
AGENTES	<i>Blip: 100% de manuseio de mão. Gorg com cânula. Efedrina 30mg. Midol. 2mg. Fentanila 50mcg.</i>			CÂNULAS <i>de 1.5L</i>			
TECNICA	<i>1to curativo Fract. Exp. Tibia</i>						
OPERAÇÃO	<i>Fabio + Residentes</i>						
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

HOSPITAL.

Trouma B. Gorte

CORTICAL

MATERIALS SURGICAL

financieiro@geotical.com.br

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE

PROCEDIMIENTO

REGISTRO

DATA

CONVÊNIO

MIEMBRO OPERADO

NOME DO MÉDICO _____

Comunicamos que utilizamos o (s) material (ais) aqui descrito (s) no paciente supra citado.

29 de Maio de 20

Vicia holzneri

Editor's Response

Recebido por:

Responsável pelo fornecimento



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Data da Internação: 29/05/2020

Data da Alta: 06/06/2020

Registro: 2161429

Tempo de Permanência: -18412

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E PÉ DIREITOS

Diagnóstico Final: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E PÉ DIREITOS

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 06/06/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): DOR E FERIMENTO EM PERNA D

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, TIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORDEM DO MÉDICO NO DIA DA CONSULTA DE RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA. PRESCREVO ANALGÉSICO, XARELTO E CIPROFLOXACINO

Medicações para Casa: ARTROSIL CIPROFLOXACINO XARELTO

Dr. Matheus Pedrosa

CRP 12.345

Condições de Alta: Melhorado

Data 06/06/2020

Assinatura/Carimbo

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): JOSEMAR DINIZ PEREIRA
Leandro PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 5.82 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 29 / 05 / 2020 A 06 / 06 / 2020 NECESSITANDO DE

60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Dr. Hethem Bastos
Cirurgião
Campina Grande 06 / 06 / 2020

Ass. do médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

José Maria Silva

foi atendido (às) hoje, às 9:20 ()

horas, necessitando de 60 (sessenta)

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S82.2

Campina Grande, 12/08/2020

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEOT: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 428
CAMPINA GRANDE

Assinatura do Médico - CRM Nº

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP: 58432-809 - Malvinas - Campina Grande-PB



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DO DAMIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE DAMIÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova que o Sr(o)
Jossimar Diniz dos Santos, portador do CPF: 119.577.934-81 e
CNS 708401702911868, no dia 29/05/2020 por volta das 08:30hs, foi
solicitado para um atendimento da vítima de acidente automobilístico,
no qual o mesmo foi atendido e removido pela nossa equipe até o
Hospital de Trauma de Campina Grande – PB.

Damião-PB, 09 de março de 2022.


Talyta Dayane G. Martins
COREN-PB 279789-ENF

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05481822

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.162/94)



ASSINATURA DO TITULAR

Nilo Trigueiro Dantas





OBSERVAÇÕES

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

REGISTRO 13220

NOME
NILO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

NATURALIZAÇÃO
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
09/06/1963

RG
2889925 - SSP/PB

CPF
047.951.774-85

QUADRO DE ENDERÇO E TÍTULO
NÃO

VIA EXPEDIENTE EM
01 18/01/2013

Odson Bezerra Cavalcanti Sobrinho
ODSON BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.900




Josimar Diniz dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
NASCIMENTO 3612223 DATA DE
EXPEDIENTE 17 DEZ 2007

NOME JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

ALUGAR Jacinto Virginio Diniz
Marizete Paulo dos Santos

Cuité-PB. 19.08.1989
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 2253, Fls. 204v, Liv. A-03
Cart. Sossego-PB.

CPF

JOÃO PAULO DE
TÍTULO

ASSINATURA DO TITULAR

BRASIL 1989



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

119.577.934-81

Nome

JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Nascimento

19/08/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006415 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA. P.1,2
FERIMENTO EXPOSTO EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E HASTE INTRAMEDULAR. DEMAIS
CONSERVADOR. P.5,9
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006415 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA. P.1,2
FERIMENTO EXPOSTO EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E HASTE INTRAMEDULAR. P.5,9
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Jossimar Diniz dos Santos, brasileiro(a),
uniao estavel, agricultor, portador(a) do RG nº.
3612223 expedido por SSP / PB em 17 / 12 / 2003 e do CPF nº.
119.577.934-81, residente na
Rua Joaquim Sabino Sobrinho, S/N, Centro
município de Sossogo - PB, CEP 58177-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Jossimar Diniz dos Santos, ocorrido em 29 / 05 / 2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo de natureza INVALIDEZ, a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Sossogo - PB, 15 de maio de 2022.

CARTÓRIO
SOSSEGO - PB

Jossimar Diniz dos Santos
outorgante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS Rua Francisco Azevedo Dantas, 106 - Centro - Sossogo PB - 58177-000
Fone: (83) 99107-4520/ 99149-4144. E-mail: cartorio@sossegopb.com.br
Tribunal Tílica - Anísia Guiberto da Costa Avelino - S. Ind. Titulo: Augusto - S. Ind. Nela e José Carlos Antônio de Vello
Reconheço, como Autêntica e Verdadeira a(s) firma(s) de:

JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Por ser igual ao original. Dou fé.

Selo Digital: AMT04459-5BHW

Consulte a Autenticidade: <https://selodigital.mpb.jus.br>

Emolumentos: R\$11,20 TARPIM R\$0,34 PEPJ + MP R\$2,26

Em 10/05/2022, às 15:03:2022



José Carlos Antônio de Vello
Escritor

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005998/23

Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

CPF: 119.577.934-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/05/2020

Titular do CPF: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS : 119.577.934-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230006415

Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do 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: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005776-2

Conta: 0000011446-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



**POLÍCIA
CIVIL**

POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL

2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PICUÍ
DELEGACIA DE BARRA DE SANTA ROSA



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Nº 04/2022

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 29/05/2020, por volta das 08H30, Rodovia PB-133, no Distrito Telha, Zona Rural, Barra de Santa Rosa/PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATOS: 10/03/2022, às 16H10MIN.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS, brasileiro, união estável, agricultor, ensino fundamental incompleto, natural de Cuité - PB, nascido aos 19/08/1989, filho de Jacinto Virgínia Diniz e Marizete Paulo dos Santos, portador do RG: 3612223 SSP/PB e CPF: 119.577.934-81, residente na Rua Antonio Ferreira de Macedo, S/N, Sossego-PB.

TESTEMUNHA (S):

1º - FRANCISCA TOMAZ DA SILVA, residente na Rua Antonio Ferreira de Macedo, S/N, Sossego-PB, portador do RG Nº 1.771.448 (2ª via) SSDS/PB e CPF: 065.613.974-03.

2º - JOSÉ NILSON BELO DA SILVA, residente na Rua Anísio Ponciano, S/N, Sossego-PB, portador do RG: 2.197.211 SSDS/PB e CPF: 052.899.694-03.

NARRATIVA: QUE no 29/05/2020, por volta das 08H30, Rodovia PB-133, nas proximidades do Distrito Telha, a vítima se encontrava conduzindo a **MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN, COR AZUL, PLACA: BVK 2416/PB, ANO E MODELO 1995/1995, CHASSI: 9CJJC2501SR564113, RENAVAL: 619292186**, emplacada em nome de **JOSENILDO SOUZA COSTA**, quando um animal (caprino) saiu de um matagal e atravessou na frente do veículo, tendo o condutor perdido o controle da motocicleta, vindo cair ao solo, perdendo imediatamente os sentidos; QUE ficou sabendo que populares acionaram a equipe de saúde da cidade de Damião/PB, a qual efetuou sua transferência para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB com fratura exposta na tíbia (pé direito e ossos da perna direita); QUE deu entrada na data do fato, ficando internado até 06/06/2020, tendo passado por duas cirurgias, conforme documentação em anexo; QUE procurou esta Delegacia de Polícia para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLÍCIA-MAT. 135.521-0

COMUNICANTE: R. Jossimar Diniz dos Santos

ESCRIVÃO:

Júnior Cezar da Silva
Agente de Investigação - PCPB
Mat. 181970-4

Declaração de Inexistência de IML

[X] 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:

- * 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/04/2023

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8201339

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776

CONTA: 000000011446

Número da Autenticação

134D06F16430848D



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1345187-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001345157

\$

VALOR DA FATURA
R\$ 0,00



VERIFICAMENTO
04/03/2021



Fev / 2021



CONSUMO 1,13 kWh
34kWh MEDIA 216,50

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

-8V2'	1316 21
Nov/22	9811 01

DESCRITIVO

CC	Descrição	Quant	Valor Total	Saldo Total	Entrada (R\$)	Saida (R\$)	Saldo (R\$)	Entrada (R\$)	Saida (R\$)	Saldo (R\$)
0001	Despesa com Salário-GR	30	6.180,00	592	0,00	0,00	592	0,00	0,00	592
0002	Despesa com Salário-GR	4	3.320,00	1,36	0,00	0,00	1,36	0,00	0,00	1,36
0003	Salário			2,47	0,00	0,00	2,47	0,00	0,00	2,47
0004	Salário			1,36	0,00	0,00	1,36	0,00	0,00	1,36
0005	Salário			5,73	0,00	0,00	5,73	0,00	0,00	5,73
0006	Salário			1,54	0,00	0,00	1,54	0,00	0,00	1,54

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO RENDIMENTO	ESTADO					
TOTAL DO TUBERNO ANUALMENTE - C. ESCRITO ANualmente C. ESCRITO	1,00	0,00	1,00	*6,27	0,00	6,27

RESERVADO AO FISCAL

0302.1212, 3312, 8446, 4346, 2058, 8027, 5448

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Fev/20	39
Mar/20	38
Abri/20	36
Maio/20	38
Jun/20	31
Jul/20	36
Ago/20	51
Set/20	31
Out/20	34
Nov/20	37
Dez/20	36
Jan/21	32
Févr	33

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (kWh)	%
Serviço de Iluminação	2,02	6,3%
Consumo de Energia	3,1	9,7%
Serviço de Tratamento	5,53	16,8%
Equipamentos	8,52	25,9%
Impostos e Outros	5,71	17,3%
Outros Serviços	0,30	0,9%
Total	7,76	100,0%

PRÓXIMA LEITURA
26/03/2021

2014年12月14日

PRÓXIMA LEITURA
26/03/2021

INDICADORES DE QUALIDADE

MITA	MENCAL	APURADO Y MENCAL	ANUAL	LIMITES DE INGRESOS
Habitaciones de dormitorio - 300	8,76	0,00	12,80	74,80
700 metros cuadrados de terreno - 700	3,23	0,00	8,87	12,66
Distintos tipos de terreno - 300 metros cuadrados - 300	3,89	0,00		
Superficie de terreno - 100 metros cuadrados - 100	12,22			

ATENÇÃO

- Para mais informações sobre a Agência de Energia Elétrica - TAEEL, consulte o site: www.0486.com.br ou ligue 1002.
 - Para cancelar sua assinatura, a Agência de Energia Elétrica precisa receber das concessionárias: Sile, Aep, Energia ON,
 V. Lacerda (08) 36135-5540.

[illegible]



00224159



PC-00

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	9.089,44
Pagamento efetuado em 13/02/2023	- 9.089,44
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	5.679,90
Total desta fatura	5.679,90

Titular **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9264**

Postagem: 03/03/2023
Vencimento: 13/03/2023
Emissão: 03/03/2023

030323

Previsão prox. Fechamento: 03/04/2023

O total da sua fatura é:
R\$ 5.679,90

Com vencimento em:
13/03/2023

Limite total de crédito	17.000,00
Limite utilizado no mês	5.676,94
Disponível para saque no Brasil	520,00
Disponível para saque no exterior	1.820,00

Preparamos para você outras opções para pagamento da sua fatura:

Pagamento mínimo:

R\$ 854,50

Parcelas fixas:

R\$ 716,64
+23x R\$ 716,64

Total ao optar pelo pagamento mínimo: R\$ 6.557,93

O Total acima é composto pelo valor do pagamento mínimo + valor não pago acrescido encargos.

Total: R\$ 17.199,36

Em caso de pagamento entre o mínimo e o total, o valor que não foi pago irá para a próxima fatura acrescido de encargos previstos no verso desta fatura.

Caso você pague qualquer valor inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso e serão cobrados juros, multa e mora.

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000**

Número do Documento 00135717798/0332247
Nome do Pagador/CPF/CNPJ NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário PÇA ALFREDO EGYDIO DE S.ALANHA, 1000S 7 AJABAQUARA - SÃO PAULO - SP

Nosso Número 175/35717798-8
Valor do Documento R\$ 5.679,90
Vencimento 13/03/2023

recibo do pagador

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000	
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas do Grupo Big, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				Data de Vencimento 13/03/2023	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 PÇA ALFREDO EGYDIO DE S.ALANHA, 1000S 7 AJABAQUARA - SÃO PAULO - SP				Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9	
Data do Documento 13/03/2023	Número do Documento 00135717798/0332247	Espécie DOC. FT	Aceite N	Data do Processamento 03/03/2023	Nosso Número 175/35717798-8
Uso do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor R\$ 5.679,90	(=) Valor do Documento R\$ 5.679,90
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento. O não pagamento poderá gerar inscrição nos órgãos restritivos de crédito.				(-) Descontos / Abatimentos (+) Juros / Multa (=) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65 R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145 - 58187-000 PICUI - PB - CENTRO Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação