

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180288712**

Vitima: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**

Data do Acidente: **01/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180288712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- DUT faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13015589



Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180288712**

Vitima: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**

Data do Acidente: **01/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180288712**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13017006



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GESSICA CORREIA SILVA**

Nº Sinistro: **3180445488**

Vitima: **GESSICA CORREIA SILVA**

Data do Acidente: **31/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180445488**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13421962



---

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Carta nº 13479971

A/C: GESSICA CORREIA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180445488 ASL-0350796/18  
Vitima: GESSICA CORREIA SILVA  
Data Acidente: 31/05/2018  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



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, 24 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180288712**

**Vítima: SIVALDO VICENTE DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SIVALDO VICENTE DA SILVA**

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

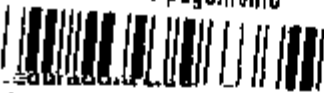
Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, GARF  
 (SEGURADOR(A) DO RGNº 3.208.019 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 09/11/2018 E  
 CPF 073554634-33 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO GARF  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 958,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SIVALDO VIRENTE DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem do dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2009-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003142-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

MAMANGUARA, 05 de JANEIRO

de 2018

LOCAL E DATA

Sivaldo Virente da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou Ligue para o SAC DPVAT 0800-0222204.





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 com 16 ou 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<br><b>07346284470</b> | Nome completo da vítima<br><b>Geosio Correia Silva</b> |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|

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

|                                              |                                            |                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| Nome completo<br><b>Geosio Correia Silva</b> | CPF titular da conta<br><b>07346284470</b> | Profissão<br><b>Vendedor</b> |
| Endereço<br><b>Av. Mal. Floriano Peixoto</b> | Número<br><b>1915</b>                      | Complemento<br><b>A</b>      |
| Bairro<br><b>Centenário</b>                  | Cidade<br><b>Campos Gerais</b>             | Estado<br><b>CEP</b>         |
| Email<br><b>maeio Bruno odv@gmail.com</b>    | Telefone (DDD) <b>11</b> <b>288</b>        |                              |

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



**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                        |                                                        |                                                         |                                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00 |
| <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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

|                                                                                                                                                                                                 |  |                                        |  |                                                                  |  |                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                   |  |                                        |  | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) |  |                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  |                                        |  | BANCO<br>Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/>      |  |                                                            |  |
| AGÊNCIA<br>NRO. <b>0737</b> DV <input type="text"/>                                                                                                                                             |  | CONTA<br>NRO. <b>96263</b> DV <b>4</b> |  | AGÊNCIA<br>NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/>     |  | CONTA<br>NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> |  |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                    |  | (Informar dígito se existir)           |  | (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.

C. Grande, 22 de Agosto de 2018  
Local e Data

Geosio Correia Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 003/2018

Ocorrência nº. 0817/2018

*Inu  
cabo*



Aos 9 dias do MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SIMONE QUIRO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, aí, por volta 09h:13min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**SIVALDO VICENTE DA SILVA**, conhecido por -, Identidade nº 3208019-2VIAº-SSP/PB, CPF nº 07555465477, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: funcionario publico, filho(a) de Manoel João De Souza E Severina Vicente Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 14/08/1986, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Travessa Do Rosario, 529, Centro, tendo como ponto de referência: -, fone(s) para contato: (83) 991339343.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 01/01/2018, segunda-feira; <
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: EM FRENTE AO BANCO DO BRASIL DE MAMANGUAPE-PB.

**5) DESCRIÇÃO DO VEÍCULO:**

**TIPO:** MOTOCICLETA; **MARCA:** HONDA NXR BROS FS; **MODELO:** 150; **PLACA:** NPW6601-PB;  
**CHASSI:** 9C2KDB550DR110836; **COR:** Vermelha; **ANO/MODELO:** 2012/2013;  
**LICENCIADO EM NOME DE:** DO COMUNICANTE.

**6) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE no dia e local acima descrito o comunicante foi vitima de um acidente de transito em frente ao banco do brasil de Mamanguape-PB; QUE o comunicante foi socorrido pelo seu irmão de carro particular para o Hospital regional de Mamanguape-PB e em seguida encaminhado para o "TRAUMINHA" e la o comunicante teve todo atendimento Hospitalar; QUE o comunicante passou 04(quatro) dias internos; QUE o comunicante teve em seu "LAUDO" CID S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQ; QUE o comunicante se encaminhou a essa delegacia de policia para registrar.

**8) OBSERVAÇÕES:**

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Sivaldo Vicente da Silva*

SIVALDO VICENTE DA SILVA  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira  
Escrivão Ad Hoc - Matrícula nº 5764



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº00262.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1:** LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**Data da Ocorrência:** 31/05/2018

**Hora:** 18:01:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** No Campo de Futebol Ao Lado do Amigão, Santa Rosa, Campina Grande, PB.

**Ponto de referência:** Perto do Meninão

**PARTE(S)**

VITIMA

**Nome:** Géssica Correia Silva

**Conhecido por:** Não informado

**Filiação:** Rosa Correia Silva e Antonio Severino da Silva

**Idade:** 28

**Data de Nascimento:** 28/01/1990

**Identidade de Gênero:** feminino

**Nacionalidade:** brasileira

**Naturalidade:** Campina Grande

**Estado Civil:** solteiro(a)

**Escolaridade:** Ensino superior  
incompleto

**Profissão:** Estudante Universitária

**Matrícula:** Não informado

**Cargo:** Não informado

**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 073.462.844-70

**Endereço:** Avenida Floriano Peixoto, 1315, Centenário, Campina Grande, PB

**Complemento:** Não informado

**Ponto de referência:** Perto do Meninão

**Telefone:** (83) 98766-8011

TESTEMUNHA

**Nome:** Maria Irisleide da Silva Abreu

**Conhecido por:** Não informado

**Filiação:** Espedita da Silva Abreu e Francisco Abreu de Albuquerque

**Idade:** 40

**Data de Nascimento:** 20/12/1977

**Identidade de Gênero:** feminino

**Nacionalidade:** brasileira

**Naturalidade:** Campina Grande

**Estado Civil:** casado(a)

**Escolaridade:** Não informado

**Profissão:** Manicure

**Cargo:** Não informado

**Matrícula:** Não informado

**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 009.057.724-82

**Endereço:** Rua Inácia Maia, Centenário, Campina Grande, PB

**Complemento:** Não informado

**Ponto de referência:** Perto do Farmácia Bege Farma

**Telefone:** (83) 98805-3482







TESTEMUNHA

**Nome:** Maria da Conceição Barros de Melo  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Maria do José Barros de Melo e Leonel José de Melo  
**Idade:** 50      **Data de Nascimento:** 15/12/1967      **Identidade de Gênero:** masculino  
**Nacionalidade:** brasileira      **Naturalidade:** Campina Grande  
**Estado Civil:** casado(a)  
**Escolaridade:** Não informado      **Profissão:** Cebeleireira  
**Cargo:** Não informado      **Matrícula:** Não informado  
**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 134.160.128-52  
**Endereço:** Rua Floriano Peixoto, Centenário, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Ponto de referência:** Perto da Bege Farma  
**Telefone:** (83) 98615-4968

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo CG 125 FAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2012, placa MOP-6261, chassi 9C2JC4810CR004984, renavam 0042072315-3

#### DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

#### HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 125 KS, Ano/Modelo 2011/2012, cor preta, Placa MOP-6261-PB, Chassi de Nº 9C2JC4810CR004984, licenciada em nome de Aleff Dayan Ferreira da Rocha, quando trafegava no Campo de Futebol, bairro Santa Rosa, momento em que a moto derapou, num terreno existente no local, tendo a vítima caído ao solo e sofreu fratura do Platô tibial medial esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, mas depois foi transferida para o Hospital Antonio Targino, nesta cidade, onde foi feita a cirurgia. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



Campina Grande/PB, 15 de agosto de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

Gessica Correia Silva  
GÉSSICA CORREIA SILVA  
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

SIVALDO VIRENTE DA SILVA portador da carteira de  
identidade nº 3.208.019 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.534.654-27  
residente e domiciliado na R. ARIOSVALDO R. COSTA  
cidade MAMANGUAPE, Estado PARAIBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de  
prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu  
conteúdo.

Sivaldo Virente da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018.

Local e data



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

**Casos com vítima 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

*Geórgia Rosário Silva*

CPF da Vítima

*073 462 89470*

Data do Acidente

*31/05/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

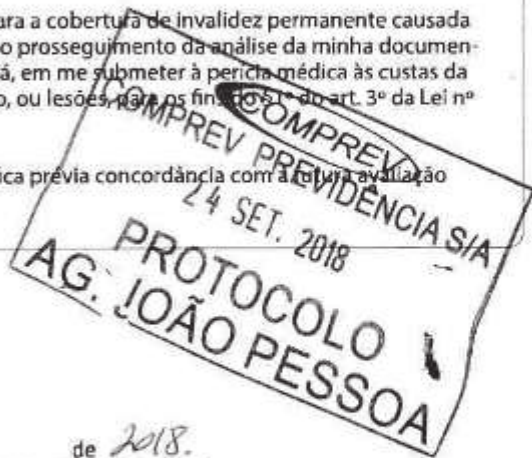
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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 art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



*P. Grande*, *24* de *Agosto* de *2018*.  
Local e Data

*Geórgia Rosário Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



*RAO*

## **CERTIDÃO**

**Nº. 0476/2018**

Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90827 e Prontuário nº 2018.01.000075, pertencentes a **SIVALDO VICENTE DA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 15H37min, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo unimaleolar do tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018 com alta médica dia 04/01/2018.

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

João Pessoa, 15 de março de 2018

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

**Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883**



Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

|                                                          |                                        |                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------|
| DATA: 31/5/2018                                          | HORA: 18:01 HRS                        | ID Nº: 1699604 |
| NOME:                                                    | GESSICA CORREIA SILVA                  |                |
| QUEIXA:                                                  | ACIDENTE DE TRÂNSITO                   |                |
| LOCAL:                                                   | NO CAMPO DE FUTEBOL AO LADO DO MENINÃO |                |
| COMPLEMENTO:                                             | BAIRRO: SANTA ROSA                     |                |
| CIDADE:                                                  | CAMPINA GRANDE / PB                    |                |
| <b>DADOS DA REMOÇÃO</b>                                  |                                        |                |
| Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma |                                        |                |

Campina Grande, 6 de agosto de 2018.



Deoclecio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO,  
no nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2018, Órgão SSDS/PB

CPF nº 075.554.654-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA ARIOSVALDO R. COSTA</u> |
| Número                            | <u>529</u>                     |
| Apto / Complemento                |                                |
| Bairro                            | <u>MAMANGUAPE (CENTRO)</u>     |
| Cidade                            | <u>MAMANGUAPE</u>              |
| Estado                            | <u>PARAÍBA</u>                 |
| CEP                               | <u>58280-000</u>               |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 987125439</u>          |
| E-mail                            | <u>DVSEPC@GMAIL.COM</u>        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MAMANGUAPE - PB, 05/01/2018

Assinatura do Declarante: Sivaldo Virente da Silva

0' 10' 52

Environ Monit Assess (2017) 181:1–14  
 Copyright © 2017 Springer Science+Business Media B.V.  
 Printed in the Netherlands

154  
70  
10

Atendimento ao Cliente **ENERGISA** **0800 083 0196** Programa Automatizado de Atendimento  
 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista de próxima leitura | Última leitura |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Dez / 2017        | 14/12/2017   | 12/01/2018                       | 7555485477     |

**UC (Unidade Consumidora):** 5/1580313-7

**Canal de contato**

En el primer apartado se describen los objetivos de la investigación, la metodología empleada y los principales resultados. En el segundo apartado se describen los principales resultados de la investigación, se discuten los resultados y se presentan las conclusiones. En el tercer apartado se describen los principales resultados de la investigación, se discuten los resultados y se presentan las conclusiones. En el cuarto apartado se describen los principales resultados de la investigación, se discuten los resultados y se presentan las conclusiones.

| Anterior              |        | Atual    |        | Constante |       | Consumo |      | Dias |  |
|-----------------------|--------|----------|--------|-----------|-------|---------|------|------|--|
| Data                  | Letras | Data     | Letras |           |       |         |      |      |  |
| 14/11/17              | 6212   | 14/11/17 | 6471   |           |       |         |      |      |  |
| Demonstrativo         |        |          |        |           |       |         |      |      |  |
| 1 -                   | 6212   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 2 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| LANÇAMENTO DE DIÁRIOS |        |          |        |           |       |         |      |      |  |
| 1 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 2 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 3 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 4 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 5 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 6 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 7 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 8 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 9 -                   | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 10 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 11 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 12 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 13 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 14 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 15 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 16 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 17 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 18 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 19 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 20 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 21 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 22 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 23 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 24 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 25 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 26 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 27 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 28 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 29 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 30 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 31 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 32 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 33 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 34 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 35 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 36 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 37 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 38 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 39 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 40 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 41 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 42 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 43 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 44 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 45 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 46 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 47 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 48 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 49 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 50 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 51 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 52 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 53 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 54 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 55 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 56 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 57 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 58 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 59 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 60 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 61 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 62 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 63 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 64 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 65 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 66 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 67 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 68 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 69 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 70 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 71 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 72 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 73 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 74 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 75 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 76 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 77 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 78 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 79 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 80 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 81 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 82 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 83 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 84 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 85 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 86 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 87 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 88 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 89 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 90 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 91 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 92 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 93 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 94 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 95 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 96 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 97 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 98 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 99 -                  | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |
| 100 -                 | 6471   | 6471     | 6471   | 25        | 10,75 | 41,43   | 0,33 | 1,54 |  |

363,03

|                                     |       |       |       |       |       |      |      |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| CLC Código ou Classificação do Item | TOTAL | 57,22 | 44,81 | 11,20 | 44,81 | 0,00 | 1,06 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|

|                                      |                   |                      |
|--------------------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Medida Gerencial mensal (A/M)</b> | <b>VENCIMENTO</b> | <b>TOTAL A PAGAR</b> |
| 79                                   | <b>01/01/2018</b> | <b>R\$ 57,22</b>     |

### Historico de Consumo (kWh)

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 60    | 65    | 67    | 73    | 77    | 80    | 80    | 76    | 80    | 70    | 100   | 84    |
| May17 | Oct17 | Nov17 | Apr17 | Jun17 | Jun17 | Mar17 | Apr17 | Mar17 | Feb17 | Jan17 | Dec16 |

RESERVADO AO FISCO  
f7a8.9b0d.fc8a.8a8d.a109.7742.4403.b8c3.

| Indicadores de Qualidade |                  |         | Composição do Consumo |     |
|--------------------------|------------------|---------|-----------------------|-----|
|                          | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)  |     |
| DE MENOR                 | 8,47             | 0,00    | NOMINAL               | 720 |
| DE 110 MÉDIA             | 12,94            |         |                       |     |
| DE MAIOR                 | 25,00            |         |                       |     |
| DE MENOR                 | 3,67             | 0,00    | CONTINUA              |     |
| DE 110 MÉDIA             | 7,35             |         | DE INFERIOR           | 202 |
| DE MAIOR                 | 14,70            |         | LIMITE SUPERIOR       | 231 |
| DE MENOR                 | 3,00             | 0,00    |                       |     |
| DE MAIOR                 | 12,22            |         |                       |     |

| Diferenciais                   | Valor (R\$)  | %             |
|--------------------------------|--------------|---------------|
| Serviço de Dist. de Energia PB | 11,40        | 19,93         |
| Compra de Energia              | 15,29        | 26,76         |
| Serviço de Transformação       | 1,75         | 3,09          |
| Encargos Salários              | 3,18         | 5,59          |
| Impostos, Oribitos e Encargos  | 22,63        | 39,55         |
| Outros Serviços                | 3,06         | 5,24          |
| <b>Total</b>                   | <b>57,22</b> | <b>100,00</b> |

Valor de Referência: R\$ 57,22 / 100,00

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Valor de EUSD (R\$ 10/2017) R\$ 17,22 | 67 |
|---------------------------------------|----|

**ATENÇÃO**

**Faturas em atraso**

- O cancelamento da cobrança do comércio e a emissão da fatura sem estas cobranças, podem ser solicitados a qualquer momento ao distribuidor.



**KESSICA CORREIA SILVA**  
 AV. MAL FLORIANO PEREIRA, 1315/A - CENTENARIO  
 CAVALINHA GRANDE/PE CEP: 55420-111 (AG 401)

Emissão: 15/07/2018 Referência: Jul/2018  
 Classe/Subclasse: RESIDUACAL/BAIXA RENDA  
 Roteiro: T-401-424-540 NP medidor: N1079401554



ENERGISA BOREOREM - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 Rua Sudoeste, Trilacão - Campina Grande/PE CEP: 55420-700  
 CNPJ: 08.928.029/0001-35 Ins. Est. 16.032.833-1

Nota Fiscal/Contador: Energia Extrema Nº001 417 443  
 Cód. para Dtb. Automático: 00001412210

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 023 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|---------------|
| Jul/2018          | 16/07/2018   | 15/08/2018                       | 734.628.447-0 |

UC (Unidade Consumidora): **4/147201-8**

Canal de contato

Terna Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
 nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 14/06/18 | 16011   | 15/07/18 | 16724   |           | 118     | 32   |

| Demonstrativo          |                               |         |          |        |       |       |       |
|------------------------|-------------------------------|---------|----------|--------|-------|-------|-------|
| CC                     | Descrição                     | Consumo | Valor    | Valor  | Valor | Valor | Valor |
|                        |                               | Total   | Total    | Total  | Total | Total | Total |
| 0001                   | Consumo de 30kWh/BR           | 30,000  | 0,250890 | 7,62   | 7,62  | 2,03  | 7,62  |
| 0001                   | Consumo - 31 a 1/10kWh/BR     | 70,000  | 0,400120 | 28,10  | 30,10 | 2,78  | 32,10 |
| 0001                   | Consumo - 10' a 120kWh/BR     | 10,000  | 0,640180 | 6,39   | 8,39  | 2,38  | 8,39  |
| 0001                   | Ativ. E. Vermelho             |         |          | 4,75   | 4,75  | 1,25  | 4,75  |
| 0001                   | Subtotal                      |         |          | 41,42  | 41,42 | 11,18 | 41,42 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                               |         |          |        |       |       |       |
| 0001                   | CONTRIB. LUM. PÚBLICA         |         |          | 0,00   | 0,00  | 0,00  | 0,00  |
| 0001                   | ALUG. DE MÓD. 05/2018         |         |          | 0,00   | 0,00  | 0,00  | 0,00  |
| 0001                   | MULTA 05/2018                 |         |          | 0,00   | 0,00  | 0,00  | 0,00  |
| 0001                   | ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018 |         |          | 0,00   | 0,00  | 0,00  | 0,00  |
| 0001                   | Desconto Substitui            |         |          | -27,87 | 0,00  | 0,00  | 0,00  |

|    |                                 |       |       |       |       |       |      |      |
|----|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| CC | Código de Classificação do Item | TOTAL | 72,59 | 92,17 | 24,08 | 92,17 | 0,00 | 4,33 |
|----|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|

TAMARA ANDRADE SOARES  
RUA DINAMERICA CORREA, 1020 / LQJA 02 - DINAMERICA  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 59400000 (AG: 401)

Emissão: 25/07/2018 Referência: Jul/2018  
Classe/Sucesso: COMERCIAL/COMERCIAL MORAIS  
Roteiro: 14-401-754-1992 NP medidor: 0000087824

**Energisa**

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Alz. Sudeste - Três andrs - Campina Grande / PB - CEP 59423-700  
CNPJ 026.595/0001-95 Ins. Est. 16.003.333-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001.508.193  
Cód. para Dtb. Automático: 00002815013

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Jul / 2018        | 25/07/2018   | 24/08/2018                       | 883.368.944-2   |

UC (Unidade Consumidora): **4/251501-3**

Canal de contato

| Anterior                        | Atual                           | Constante | Consumo | Dias |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------|
| Data: 25/06/18<br>Leitura: 1119 | Data: 25/07/18<br>Leitura: 1216 | 1         | 97      | 30   |

**Demonstrativo**

| CC   | Descrição                     | Q. medido | Tarifa   | Valor | Descontos | Atq  | Imposto | Ba    | Cat  | Pc   | Outros | Cobrança |
|------|-------------------------------|-----------|----------|-------|-----------|------|---------|-------|------|------|--------|----------|
| 0001 | Consumo em kWh                | 97,000    | 0,720000 | 69,84 | 69,84     | 25   | 17,46   | 69,84 | 0,71 | 0,29 |        |          |
| 0001 | Adc. B. Vermeia               | 7,00      | 7,00     | 25    | 1,75      | 7,00 | 0,07    | 0,32  |      |      |        |          |
| 0007 | CONTRIB LIMPUBLICA            |           |          | 10,85 | 0,00      | 0    | 0,00    | 0,00  | 0,00 | 0,00 |        |          |
| 0004 | JUROS DE MORA DS/2018         |           |          | 0,34  | 0,00      | 0    | 0,00    | 0,00  | 0,00 | 0,00 |        |          |
| 0005 | MULTA DS/2018                 |           |          | 1,89  | 0,00      | 0    | 0,00    | 0,00  | 0,00 | 0,00 |        |          |
| 0005 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA DS/2018 |           |          | 1,72  | 0,00      | 0    | 0,00    | 0,00  | 0,00 | 0,00 |        |          |

CC: Código de Classificação do item TOTAL 92,03 76,84 18,21 76,84 0,78 3,20

Média últimos meses (kWh) **18**

**VENCIMENTO 16/08/2018**

**TOTAL A PAGAR R\$ 92,03**

**Histórico de Consumo (kWh)**

| 9      | 10     | 15     | 0      | 46     | 10     | 0      | 43     | 179    | 133    | 127    | 120    |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Jul/17 | Agô/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 |

RESERVADO AO FISCO

1a9c.58e4.bcd3.dd97.45d2.2e3e.0401.599a.

**Indicadores de Qualidade** 5/2018-BELAVISTA

| Limites da ANEEL    | Apurada | Limite de Tensão (V) |
|---------------------|---------|----------------------|
| DC MENSAL 9,51      | 0,00    | AC MENSAL 220        |
| DC TRIMESTRAL 10,62 |         |                      |
| DC ANUAL 21,25      |         |                      |
| PC MENSAL 3,30      | 0,00    | CONTRATADA 202       |
| PC TRIMESTRAL 6,72  |         | LIMITE INFERIOR 221  |
| PC ANUAL 13,45      |         | LIMITE SUPERIOR      |
| DMC 3,03            | 0,00    |                      |
| DICI 12,22          |         |                      |

**Composição do Consumo**

| Discriminação                   | Valor (R\$)  | %             |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| Serviços de Dist. de Energia/BO | 14,87        | 15,93         |
| Carga de Energia                | 28,83        | 31,32         |
| Serviço de Transmissão          | 3,58         | 3,87          |
| Encargos Setoriais              | 9,20         | 9,99          |
| Impostos Diretos e Encargos     | 35,78        | 38,86         |
| Outros Serviços                 | 0,00         | 0,00          |
| <b>Total</b>                    | <b>92,03</b> | <b>100,00</b> |

Valor do BUST (Ref 5x2018) R\$ 29,34

**ATENÇÃO**

Letras confirmadas

BORBOREMA

Roteiro: 14-401-754-1992 Matrícula: 251501-2018-07-6

**VENCIMENTO 16/08/2018**

**TOTAL A PAGAR R\$ 92,03**

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

83670000000-0 92030147000-0 02515012018-3 07800401019-1





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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Bruno Sommer inscrito (a) no CPF 036781814 / 06,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genesio Aguiar Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 073462844 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima  
Genesio Aguiar Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073462844 / 70, 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<br><u>Rua Domingues Corrêa</u>      |                                              | Número<br><u>1020</u>                      | Complemento<br><u>Loja 02</u> |
| Bairro<br><u>Domingues</u>                   | Cidade<br><u>Campana Grande</u>              | Estado<br><u>PA</u>                        | CEP<br><u>58400000</u>        |
| Email<br><u>marcelobrunosommer@gmail.com</u> | Telefone comercial(DDD)<br><u>8333341289</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>999885045</u> |                               |

C. Grande, 22 de Agosto de 2018  
Local e Data

Marcelo Bruno Sommer  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO  
RG nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2011  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 075.554.654-77, com  
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de  
PARAÍBA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. ARIOSVALDO R. COSTA, nº 075,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima SIVALDO VIRENTE DA SILVA cujo o condutor era  
SIVALDO VIRENTE DA SILVA

Veículo: HONDA  
Modelo: NXR150 BROS ES  
Ano: 2012/2012  
Placa: NFW 6601/PB  
Chassi: 9CZKD0SS0DR110836  
Data do Acidente: 01/01/2018  
Local e Data: MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018

Sivaldo Virente da Silva  
Assinatura do Declarante

Sivaldo Virente da Silva

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO  
RG nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2011  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 075.554.654-77, com  
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de  
PARAIBA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. ARIOSVALDO R. COSTA, nº 075,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima SIVALDO VIRENTE DA SILVA cujo o condutor era  
SIVALDO VIRENTE DA SILVA

Veículo: HONDA  
Modelo: NXR150 BROS ES  
Ano: 2012/2012  
Placa: NFW 6601/PB  
Chassi: 9CZKD0SS0DR110836  
Data do Acidente: 01/01/2018  
Local e Data: MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018

Sivaldo Virente da Silva  
Assinatura do Declarante

Sivaldo Virente da Silva

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Allef Dayan Pereira da Rocha,  
RG nº 3823879, data de expedição 26/07/2016  
Órgão PB, portador do CPF nº 704.352.954-38, com  
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua da Vitória, nº 77,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Geonco Corrêa Silva, cujo o condutor era  
Geonco Corrêa Silva.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA BIZ 125 K5  
Ano: 2011/2012  
Placa: MOP6267/PB  
Chassi: 9CJJC4870CR004984  
Data do Acidente: 31/05/2018  
Local e Data: Campina Grande, 14 de Agosto de 2018.

Assinatura do Declarante

5º Ofício

Allef Dayan Pereira da Rocha

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

**REGINA FRANÇA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de  
ALLEF DAYAN PEREIRA DA ROCHA  
En test.de verdade. Campina Grande-PB 14/08/2018 10:31:04  
Pauline Viana dos Santos - Substituta  
(2018-004672)EML:R\$ 49,40 FARPEN:R\$ 0,28 FEPQ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,40  
SELG DIGITAL: AHD55316-6000  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus>



Pauline Viana dos Santos  
SUBSTITUTA

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 90827 Atd: Nao Regula  
Data: 01/01/2018  
Hora: 15:37:16  
Recepcionista: ANA CARLA LYRA DOS S  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.000075

Nome: SIVALDO VICENTE DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3208019 Fone: 91217315

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 14/08/1986 Id: 31 ano(s)

Documentacao medico - hospitalar

End.: TRAVESSA DO ROSARIO, 529 NAO TROUXE CARTAO DO SUS

Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: SEVERINA VICENTE DA SILVA

Pai: MANOEL JOAO DE SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO

Resp.: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Trat/Doc. Responsavel: 91217315 / IDENTIDADE: 3208019

Endencia: HOSPITAL HOSP.GERAL DE MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

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

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[X] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA DE TORNOZELO E

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Karley Sarmiento  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 5602

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo) .  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

-----  
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

-----  
PROCEDIMENTO REALIZADO

-----  
DESTINO DO PACIENTE

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

-----  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico  
-----

|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|------------------------------------|-----------|---------------|
| Nome: <i>Sivaldo Vicente da Silva</i>                                                         |                   |      |                                    | Registro: |               |
| Idade: <i>31a</i>                                                                             | Sexo: <i>Masc</i> | Cor: | Clínica: <i>Traumatol</i>          | EMP:      | LR:           |
| Data: <i>01/01/2018</i>                                                                       |                   |      | Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i> |           |               |
| 1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>                                                           |                   |      | 2º Assistente:                     |           |               |
| Anestesista: <i>Imbelloni</i>                                                                 |                   |      | Instrumentador: <i>Tânia</i>       |           |               |
| <b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>                                                          |                   |      |                                    |           | <b>CID</b>    |
| <i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>                                                    |                   |      |                                    |           | <i>S82.6</i>  |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
| <b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>                                                          |                   |      |                                    |           | <b>CID</b>    |
| <i>O mesmo</i>                                                                                |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
| <b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>                                                           |                   |      |                                    |           | <b>CÓDIGO</b> |
| <i>Osteossíntese do Tornozelo</i>                                                             |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
| Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não                                           |                   |      |                                    |           |               |
| Descreva:                                                                                     |                   |      |                                    |           |               |
|                                                                                               |                   |      |                                    |           |               |
| Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não                                                    |                   |      |                                    |           |               |
| Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:                                                |                   |      |                                    |           |               |
| 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                   |      |                                    |           |               |



**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA****Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Realizado garroteamento de membro inferior**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão em região lateral do tornozelo esquerdo**Dissecção por planos até foco de fratura**Hemostasia com eletrocautério***Achados:***Visualização de fratura do maléolo lateral***Conduta:***Realizada manobra de redução**Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem**Aposição de 01 Placa 1/3 tubular 3.5mm + 04 parafusos corticais + 02 parafusos maleolares**Realizado RX controle**Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%***Fechamento:***Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo**Tala bota gessada***OBS:**Data: 03 / 01 / 18

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9428 SSTO 4603

MÉDICO/CRM

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| NOME <b>Sivaldo Vicente da Silva</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                |                          | PRONTUÁRIO Nº                                                                                        |       |
| IDADE <b>31 anos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEXO <b>Masc</b> | COR                            | CLÍNICA <b>Ortopedia</b> | ENF.                                                                                                 | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO <b>01/01/2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  | DATA DE ALTA <b>04/01/2018</b> |                          | TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>03 dias</b>                                                                  |       |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br><b>Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo Esq.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                |                          | CID<br><b>S82.6</b>                                                                                  |       |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO<br><b>O mesmo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| PRINCIPAIS EXAMES<br><b>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| ANATOMIA PATOLÓGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                |                          | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO                                                                   |       |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| CONDIÇÕES DE ALTA<br>(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| ÓBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)<br><b>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</b> |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.<br>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.<br>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.                                                                                                                                                                         |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Pradaxa (110mg) e Profenid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias.<br>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| DATA<br><b>04.01.2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                |                          | ASS. MÉDICO / C.R.M.<br><b>Dr. Alexandre Salvo</b><br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 9128 SBO 9603 |       |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento nos locais para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |
| CONTINUIDADE DE TRATAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                |                          |                                                                                                      |       |



### ATESTADO MÉDICO

Atesto pára os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Sivaldo Vicente da Silva portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da patologia CID-10 S.82.6, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sesenta) dias, a partir desta data. 03/05/2018

João Pessoa, 04/05/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro  
MÉDICO

Assinatura do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sivaldo Vicente  
da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 03/01/18

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Gahva

DIAGNÓSTICO: Fx Maleolo lat (E)

PROCEDIMENTO: osteossíntese

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1664757

CLASS. DE RISCO: AMARELO

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

Data: 31/05/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Sabrina Cavalcante Pereira Araujo

PACIENTE: JESSICA CORREIA SILVA CEP:58400002

Nascimento:09/01/1990

Endereço:AVENIDA FLORIANO PEIXOTO

Sexo:F

Telefone: 98023550

Cidade: Campina Grande

Idade:028

Bairro:CENTENARIO

Nome da Mãe:

RG:

Nº:1315

Responsável: DOUGLAS

CPF:

Profissão:AUTONOMA

Estado Civil:União Estável

Data de

CNS:1874925

Motivo: QUEDA DE MOTO

Atend:31/05/2018

CONVÊNIO:SUS

Médico:

Hora: 18:36:11

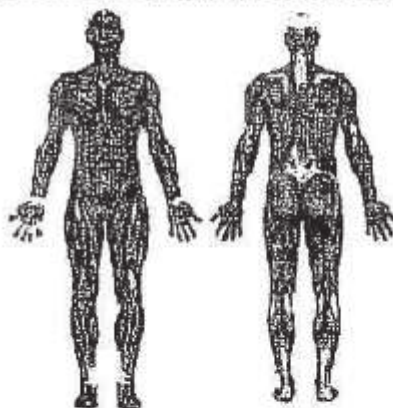
Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão              | 19. Fratura óssea fechada        |
| 2. Amputação            | 20. Fratura óssea aberta         |
| 3. Avulsão              | 21. Hematoma                     |
| 4. Contusão             | 22. Ingurgitamento Venoso        |
| 5. Craptação            | 23. Laceração                    |
| 6. Dor                  | 24. Lesão tendão                 |
| 7. Edema                | 25. Luxação                      |
| 8. Empalhamento         | 26. Mordedura                    |
| 9. Enfisema subcutâneo  | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento         | 28. Objeto Encravado             |
| 11. Equimose            | 29. Otorragia                    |
| 12. F. Arma branca      | 30. Paralisia                    |
| 13. F. Arma de fogo     | 31. Paresia                      |
| 14. F. Cortado          | 32. Parestesia                   |
| 15. F. Cortante         | 33. Queimadura                   |
| 16. F. Corto-contuso    | 34. Rinorragia                   |
| 17. F. Perfuro-contuso  | 35. Sinais de isquemia           |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36.                              |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Trauma contuso

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto. Negativa de vômito. Apresentação diminuída de membros inferiores. Ao exame: Cervical: abd: plano, flácido

ALERGIA:

Negativa

MEDICAMENTOS:

Negativa

PATOLOGIAS:

Negativa

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☒ Isocóricas

Glasgow 15 PA

EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais ( ) JUE  
( ) Gasometria arterial ( ) JRA  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia,

Especialista: /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CO  |
|----|-------------------|
| 1  | titular 20mg - 1  |
| 2  | Alta a urgência G |
| 3  |                   |
| 4  |                   |
| 5  |                   |
| 6  |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREIRA

### Ficha de Acolhimento

|                       |                           |                             |             |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------|
| Nome:                 | Jessica Carneiro Silva    |                             |             |
| End:                  | Av. Floriano Peixoto 1515 | Bairro:                     | Centro      |
| Data de Nascimento:   | 09.01.90                  | Documento de Identificação: |             |
| Queixa:               | Queda                     | Data do Atend:              | 31.05.18    |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                   | ( ) Não                     | Hora: 18:31 |
| Documento:            |                           |                             |             |

de risco

### Classificação de Risco

|                          |                                         |                      |                             |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo           | Aspecto:             | ( ) Calmo ( ) Fútil         |
| Frequência respiratória: |                                         | Frequência cardíaca: |                             |
| Pressão arterial:        | 130x90                                  | Temperatura axilar:  |                             |
| Dosagem de HGT:          | 112                                     | Mucosas:             | ( ) Normocorada ( ) Anêmica |
| Deambulação:             | ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama |                      |                             |

### Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato
- ( ) Verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 24 horas
- ( ) Azul - atendimento imediato

Josiane Costa  
ENFERMEIRA  
Assinatura e carimbo

**PACIENTE: JÉSSICA CORREIA SILVA**

**DATA DO EXAME: 31.05.2018**

**RADIOGRAFIA DE JOELHO**

- Fratura do componente medial e posterior do planalto tibial, com desalinhamento e afundamento ósseo.
- Partes moles sem alterações.

**RADIOGRAFIA DE PERNA**

- Fratura do componente medial e posterior do planalto tibial, com desalinhamento e afundamento ósseo.
- Partes moles sem alterações.

  
Dr. André Ventura  
CRM/PB: 7282

Dra. Miriam Albino  
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramon  
CRM/PB: 82

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

|          |                      |            |  |       |
|----------|----------------------|------------|--|-------|
| Paciente | gérica Corneia Silva | Alojamento |  | Leito |
|----------|----------------------|------------|--|-------|

| Data     | Prescrição Médica                                                                                                                                                         | Horário                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31.05.18 | (1) Dor de cabeça<br>(2) Gelco relaxante<br>(3) Espirina 1g + 600mg<br>(4) Omeprazol 40mg + 120mg<br>(5) Talofal 50mg + 120mg<br>(6) Tolo 100mg em 12h<br>(7) SSN + 100mg | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             COMPREV<br/>             COMPREV PREVIDÊNCIA S/A<br/>             24 SET. 2018<br/>             PROTOCOLO<br/>             AG. JOÃO PESSOA           </div> |
|          | Dr. Etnier Fabrício A. Cruz<br>MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PB 9907                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |





HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 31/05/2018  
HORA: 22:47:32



|                                                                                             |                                           |                          |                      |           |                  |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|------------------|--------------------------------|
| Prontuário<br><b>860261</b>                                                                 | Nome do Paciente<br>GESSICA CORREIA SILVA | Nascimento<br>29/01/1990 | Idade<br>28          | Sexo<br>F | Cor              | Naturalidade<br>CAMPINA GRANDE |
| Estado Civil<br>1-SOLTEIRO                                                                  | CPF<br>73.462.844-70                      | RG<br>3133120            | Grau de instrução    | Profissão | Fone Residencial |                                |
| Filiação<br>Mãe: ROSA CORREIA DA SILVA                                                      | Pai: ANTONIO SEVERINO DA SILVA            |                          | Complemento Endereço |           |                  |                                |
| Endereço<br>AV.MARECHAL FLORIANO PEIXOTO,1315 - CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: CEP 58100001 |                                           |                          |                      |           |                  |                                |

|                                                |                    |               |                                    |                                            |
|------------------------------------------------|--------------------|---------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| Atendimento<br><b>2292993</b>                  | Data<br>31/05/2018 | Hora<br>22:43 | Setor<br>3005-SECRETARIA CONVENIOS | Tipo Atendimento<br>5-INTERNACAO CIRURGICA |
| Médico Atendente<br>1716-LUCIANO GUEDES BORGES |                    |               |                                    | Motivo Atendimento<br>4-INTERNACAO/URGENTE |
| Plano / Convênio<br>37-PACOTE/1-PACOTE         | Nº Carteira        | Validade      | Nº CNS                             |                                            |

|                                      |                                     |                 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Posto<br>ALA MARIA DAS NEVES 1 ANDAR | Acomodação<br>201024 APARTAMENTO 90 | Leito<br>AP90-1 |
| Guia<br>INTERNACAO                   | Procedimento<br>99995666 INTERNACAO |                 |



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O paciente ( ou responsável), Sr(a) GESSICA CORREIA SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_, Estado do(a) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Responsável: GESSICA CORREIA SILVA  
Endereço: AV MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 1315 Bairro CENTRO, CAMPINA GRANDE-PB  
Telefone: 9 9802-3550

CAMPINA GRANDE

MICH  
Resp

GESS  
Resp

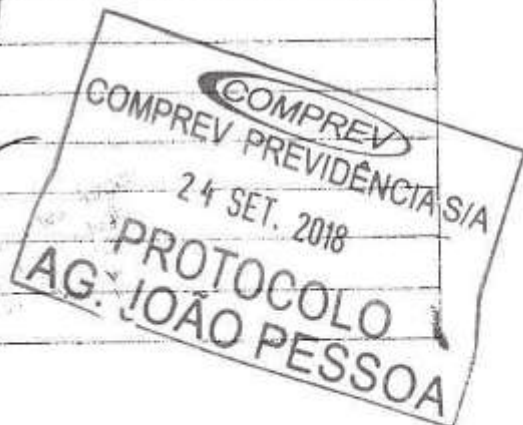
PACIENTE: CRISTINA SILVA  
 Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
 DATA DA OPERAÇÃO: 01/06/18 ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
 OPERADOR: Dr. Luciano Mendes  
 1ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 3ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTA: Dr. Felton ANESTESIA: RAVE  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: CAV. DE PRATEAU TIBIAL E  
 TIPO DE OPERAÇÃO: OTECOMINTO DE PRATEAU TIBIAL  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_  
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: \_\_\_\_\_  
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: \_\_\_\_\_  
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TÍLICA E TÉCNICA: LIGADURA S-DRENAGEM SUTURA-MAT EMPREGADO: ASPETO - VICERAS

- ① Anestesia / Anestesia geral
- ② Colocação dos campos
- ③ Incisão no joelho
- ④ Artroscopia cirúrgica e fixação
- ⑤ Lavagem por fluxo
- ⑥ Curativos

*[Assinatura]*





PACIENTE: Gessica Correia Silva

CONVÊNIO: Parto SUS ☐ PRONTUÁRIO: 860262-2292993 DATA: 01.06.18

CIRURGIÃO: Drº Luciano Guedes AUXILIAR: Drº Sérgio Abrantes

CIRURGIÃO: Drº Luciano Guedes

AUXILIAR: Drº Sérgio Abrantes

CIRCULANTE: Drº Danilo Oliveira SALA: 07 HORÁRIO: INÍCIO: 11:20 FINAL: 12:20

| COD.   | MEDICAMENTO                 | QUANT. |
|--------|-----------------------------|--------|
| 1872   | ADRENALINA 0,1% - PB 131.44 |        |
| 1880   | ÁGUA DESTILADA              |        |
| 1899   | AMINOFILINA                 |        |
| 1929   | ARAMIN                      |        |
| 2070   | ATROPINA                    |        |
| 265799 | BEXTRA                      |        |
| 1902   | BICARBONATO DE SÓDIO        | 02     |
| 4650   | CEFALOTINA 1g               |        |
| 122769 | CEFAZOLINA 1g               |        |
| 1767   | CEFTRIAXONA                 |        |
| 154668 | CETROPROFENO IV             |        |
| 1910   | CLORETO DE POTÁSSIO         |        |
| 2003   | CLORETO DE SÓDIO            | 01     |
| 5304   | DEXAMETASONA                | 02     |
| 4655   | DICLOFENACO SÓDICO          | 01     |
| 2020   | DIPIRONA                    | 02     |
| 5673   | DOPAMINA                    | 01     |
| 32190  | EFEDRINA                    |        |
| 5339   | FENERGAN                    |        |
| 2036   | FUROSEMIDA                  |        |
| 4286   | GARAMICINA                  |        |
| 2046   | GLICOSE 50%                 |        |
| 2054   | GLUCONATO DE CÁLCIO         |        |
| 5398   | HEPARINA                    |        |
| 5390   | HIDROCORTISONA              |        |
| 2062   | METOCLOPRAMIDA              |        |
| 37859  | NAUSEDRON 4mg               | 01     |
| 69906  | OMEPRAZOL 40mg              |        |
| 70181  | PROSTIGMINE                 |        |
| 70238  | QUELICIM                    | 01     |
| 28819  | RANITIDINA                  |        |
| 70335  | SOLUMEDROL 500mg            |        |
| 403792 | TORADOL                     |        |
| 70971  | TRANSAMIN                   |        |
| 70572  | TILATIL 40mg                | 01     |
| COD.   | PSICOTRÓPICOS               | QUANT. |
| 70254  | ALFENTANILA                 |        |
| 8885   | DIEMPAZ 10mg                |        |
| 3026   | DIMORF 1.0mg                |        |
| 3034   | DIMORF 0.2mg                | 01     |
| 125149 | DIMORF 10mg                 |        |
| 69655  | DORMONID                    | 01     |
| 69639  | DORMONID COMP.              |        |
| 48850  | FENOBARBITAL                |        |
| 8869   | HIDANTAL                    |        |
| 9962   | KETALAR                     |        |
| 89620  | PETIDINA                    |        |
| 73210  | TRAMAL                      |        |
| 146832 | ULTIVA                      |        |
| COD.   | ANESTÉSICOS                 | QUANT. |
| 70546  | ATRACURIO                   |        |
| 126233 | CISATRACURIO                |        |
| 9091   | ETOMIDATO                   |        |
| 3042   | FENTANIL                    | 2ml    |
| 2801   | LIDOCAINA 2% C/V            |        |
| 2119   | LIDOCAINA 2% S/V            |        |
| 2810   | LIDOCAINA GELEIA            |        |
| 2160   | NEOCAINA 0,5% C/V           |        |
| 70750  | NEOCAINA 0,5% S/V           |        |
| 1996   | NEOCAINA PESADA             | 01     |
| 3212   | NILPERIDOL                  |        |
| 142354 | NOVAPUPI C/V                |        |
| 97449  | NOVAPUPI ISOBARICA          |        |
| 264580 | NOVAPUPI S/V                |        |
| 2216   | PANCURONIO                  |        |
| 82031  | PROPOFOL                    |        |
| 142451 | ROCURÔNIO                   |        |
| 24676  | SEVORANE                    |        |
| 1945   | XYLESTESIN SPRAY            |        |

| COD.   | MATERIAL                           | QUANT. |
|--------|------------------------------------|--------|
| 107329 | ADAPTADOR PI SORO                  | 01     |
| 110089 | AG. RAQUI 27BD                     |        |
| 120089 | AG. RAQUI 25BD                     |        |
| 181281 | AG. RAQUI PI OBESO BD              | 04     |
| 4012   | AGULHA DESCARTÁVEL Nº 25           | 01     |
|        | AGULHA PERIDURAL Nº 25             | 01     |
| 2259   | ALGODÃO HIDRÓFILO                  | 06     |
| 9113   | ALGODÃO ORTOPÉDICO                 | 04     |
|        | ATADURA CREPON Nº 15               | 04     |
|        | ATADURA GESSADA                    |        |
| 2356   | BOLSA COLOSTOMIA                   |        |
|        | CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº            |        |
| 211958 | CAPA PARA VÍDEO                    |        |
| 2429   | CATETER OXIGÊNIO                   | 02     |
| 27880  | COLETOR URINA ABERTO               |        |
| 22381  | COLETOR URINA FECHADO              |        |
|        | COMPRESSAS                         |        |
| 142341 | COMPRESSAS 25X28                   | 04     |
|        | DRENO PENROSE Nº                   |        |
|        | DRENO SUÇÃO Nº                     |        |
|        | DRENO TÓRAX Nº                     |        |
| 59587  | ELETRODO                           | 05     |
| 2585   | EQUIPO MACROGOTAS                  | 01     |
| 287393 | EQUIPO PI/ARTROSCOPIA              |        |
| 2815   | ESPARADRAPO                        | 60cm   |
| 20117  | FITA GLICEMIA                      |        |
| 142220 | GAZES 7,5X7,5                      | 15P.   |
|        | GAZES                              |        |
| 3425   | GELFOAN                            |        |
| 60917  | GILETE                             | 01     |
|        | GUENDEL Nº                         |        |
| 3468   | INTRA-CATH                         |        |
|        | JELCO Nº 18                        | 01     |
|        | LÂMINA BISTURI Nº 24               | 0402   |
| 132709 | LUVAS 6.5                          |        |
| 111209 | LUVAS 7.0                          | 01     |
| 40126  | LUVAS 7.5                          | 02     |
| 3522   | LUVAS 8.0                          | 01     |
| 149870 | LUVAS 8.5                          |        |
| 69752  | MICROPOR LARGO                     | 90cm   |
|        | SCALPS Nº                          |        |
| 3735   | SERINGA DE 01cc                    |        |
| 3700   | SERINGA DE 03cc                    |        |
| 3719   | SERINGA DE 05cc                    | 03     |
| 3669   | SERINGA DE 10cc                    | 03     |
| 3697   | SERINGA DE 20cc                    | 02     |
| 341797 | SERINGA DE 60cc (bico longo/curto) | 02     |
|        | SONDA FOLEY Nº                     |        |
|        | SONDA NELATON                      |        |
|        | SONDA NSG                          |        |
|        | SONDA RETAL                        |        |
| 53937  | SURGICEL                           |        |
| 4081   | TORNEIRA 03 VIAS                   | 02     |
|        | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº               |        |

| COD.   | FIOS                    | QUANT. |
|--------|-------------------------|--------|
|        | ACIFLEX Nº              |        |
|        | ALGODÃO CIA Nº          |        |
|        | ALGODÃO S/A Nº          |        |
| 1440   | CROMADO CIA Nº 1        | 01     |
|        | CROMADO S/A Nº          |        |
|        | ETHIBOND Nº             |        |
|        | FITA CARDIACA           |        |
|        | MONOCRYL Nº             |        |
| 1430   | MONONYLON Nº 30         | 02     |
|        | PROLENE Nº              |        |
|        | VICRYL Nº               |        |
| COD.   | SOLUÇÕES                | QUANT. |
| 2330   | ÁGUA OXIGENADA          |        |
| 149217 | ÁLCOOL                  | 20ml   |
| 304000 | CLOREXIDINA Alcolica    | 100ml  |
| 2631   | ÉTER                    | 80ml   |
| 3603   | PVPI DEGERMANTE         |        |
| 3611   | PVPI TÓPICO             |        |
| 4111   | VASELINA                |        |
| COD.   | GASES HOSPITALARES      | QUANT. |
|        | APARELHOS               | 100ml  |
|        | AR COMPRIMIDO           |        |
|        | ASPIRADOR ELÉTRICO      |        |
|        | BISTURI ELÉTRICO        |        |
|        | CAPNOGRAFO              |        |
|        | CRANIOTOMO              |        |
|        | INTENSIFICADOR          | 100    |
|        | MICROSCÓPIO CIRUR.      |        |
|        | MONITOR CARDÍACO        | 100    |
|        | NITROGÊNIO              |        |
|        | OXÍDIO NITROSO          |        |
|        | OXÍGÊNIO                | 24un   |
|        | OXÍMETRO DE PULSON      | 100    |
|        | VÁCUO                   |        |
| COD.   | SOROS                   | QUANT. |
| 9156   | MANITOL 20%             |        |
| 174459 | PURISOLE 1000ml         |        |
| 63681  | S. FISIOLÓGICO 1000ml   |        |
| 98229  | S. FISIOLÓGICO 100ml    |        |
| 9172   | S. FISIOLÓGICO 250ml    |        |
| 9164   | S. FISIOLÓGICO 500ml    | 02     |
| 9180   | S. GLICOSADO 250ml      |        |
| 9199   | S. GLICOSADO 500ml      |        |
| 9148   | S. RINGER 500ml         | 02     |
| 134489 | VOLUMEN 8%              |        |
| COD.   | OUTROS                  | QUANT. |
|        | Clonidine               | 01     |
|        | Novel                   | 01     |
|        | Placa em L de 04        | 01     |
|        | Proxuno Cortical        | 03     |
|        | Proxuno exposto         | 02     |
|        | COMPREV                 |        |
|        | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A |        |
|        | 24 SET. 2018            |        |
|        | PROTOCOLO               |        |
|        | AG. JOÃO PESSOA         |        |





Hospital: MDS Código: \_\_\_\_\_  
Procedimento: FT de Pnt e L Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Genesio Costa Silva  
Data da Cirurgia: 01/06/18 Prontuário Nº: 360261 Convênio: P  
Cirurgião: Dr. C. I. Coódiço: ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

[illegible]

| PARAFUSO         | Nº   |    |    |    |  |  |  | Valor Unt. | Valor Total |
|------------------|------|----|----|----|--|--|--|------------|-------------|
| CORTICAL. 3.5mm  | Qtd. |    |    |    |  |  |  |            |             |
|                  | Cód. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| PARAFUSO         | Nº   | 28 | 20 | 26 |  |  |  |            |             |
| CORTICAL. 4.5mm  | Qtd. | 02 | 02 | 02 |  |  |  |            |             |
|                  | Cód. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| PARAFUSO         | Nº   |    |    |    |  |  |  |            |             |
| ESPONJOSO. 4.0mm | Qtd. |    |    |    |  |  |  |            |             |
|                  | Cód. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| PARAFUSO         | Nº   | 65 | 45 |    |  |  |  |            |             |
| ESPONJOSO. 6.5mm | Qtd. | 02 | 01 |    |  |  |  |            |             |
| ESP. R/16 CURTA  | Cód. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| PARAFUSO         | Nº   |    |    |    |  |  |  |            |             |
| ESPONJOSO. 6.5mm | Qtd. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| ESP. R/32 LONGA  | Cód. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| PARAFUSO         | Nº   |    |    |    |  |  |  |            |             |
|                  | Qtd. |    |    |    |  |  |  |            |             |
| MALEOLAR 4.5mm   | Cód. |    |    |    |  |  |  |            |             |

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

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

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Pré-Operatório:**

Horário ➡

[illegible]



Horário →

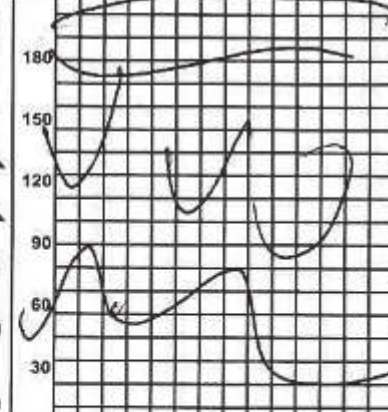
AGENTES OXIGÊNIO  
N<sub>2</sub>O / AR

LÍQUIDOS VENOSOS SOL. FISIOLÓGICOS  
SOL. DE RINGER  
CONC. REMÍDIOS

MONITORIOS ECG  
SpO<sub>2</sub>  
EtCO<sub>2</sub>  
DIURESE

TCRQUETE Tempo  
LOCAL:

Pulso ●  
PA V  
PA T  
TEM ▲  
PVC △  
Início Anest. X  
Início Cirur. ○  
Término Cirur. ⊗



RESP ○  
ESP  
ASS CONT.

INTERCORRÊNCIA

TÉCNICA ANESTÉSICA  
INDUÇÃO  
Inalatória  
Venosa  
MANUTENÇÃO  
Inalatória  
Venosa  
Sob Máscara  
Máscara Laríngea

INTUBAÇÃO TUBO N°  
Oral  
Nasal  
C/Balão  
S/Balão  
Aramado  
Duplo Lúmen  
Traqueostomia

ANESTESIA REGIONAL  
Peridural  
Raqui-anestesia  
Epidural Sacra  
N. Periférico  
Simples  
Continua  
Catéter n°

ANESTESIA REGIONAL  
P Braço/Cervical  
Supraclavicular  
Interescapular  
Axilar  
Venosa Regional  
Infiltração  
Sedação

PUNÇÃO  
Mediana  
Paramediana  
Sentada  
DL  
D  
E  
LOCAL  
CALIBRE  
TIPO

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS  
Aspirador  
ECG  
Oxímetro  
VNI  
Bomba de Infusão  
Ventilação Mecânica  
Barômetro  
Bis  
Pa In  
Capnômetro

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Difícil acesso venoso: ☐ SIM ☐ NÃO

Difícil Intubação: ☐ SIM ☐ NÃO

Difícil Acesso Agulhas Raquí ou Peridural ☐ SIM ☐ NÃO

ENCAMINHADO PARA: ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Acordado O<sub>2</sub> NA SRPA: SIM ☐ L/min

TOT: ☐ SIM ☐ NÃO DESTINO: ☐ APT° ☐ ALTA HOSPITALAR Alta do SRPA: Hora: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**

NOME:

ALIA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

31/08/18

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

1) Soro Co. Cloro, pro  
opos. mais, mais

2) RZ 5000 ml EV 24

3) Acetaminofeno - 500 mg EV 24

4) Omeprazol 20 - 20 mg  
EV 12/12

5) Omeprazol 20 - 20 mg  
EV 12/12

6) P. C. 1000 mg EV 24

*[Signature]*  
Dr. João Pessoa Borges  
Médico Ortopedista  
CRM 3451-TE01 532

## EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERMITENTE PARA CIRURGIA  
SOB EXATAMENTE

*[Signature]*  
Dr. João Pessoa Borges  
Médico Ortopedista  
CRM 3451-TE01 532

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME: Jessica Correia Silva

ALA: Maria Nelly

LEITO: 90-1

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 01.06.18

**MEDICAMENTOS**

**HORÁRIO**

① Diminuem OLEA + AD EV 6/6h n dor ou p me

08

Dra. Alcides Soares  
CRP 1304

② Diclofenac

CT

③ R. 2 1000 ml EV

18

26

④ Cefotaxima - 500 mg EV

18

20

04

⑤ Cefotaxil 40 - 500 mg EV

18

24

⑥ D. 1000 mg - 100 mg EV

18

13

24

⑦ Ceftriaxona 40 - 500 mg EV

18

26

⑧ Cefazolin + 800 mg EV

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

OPERADOR. SOLICITA DE JOELMAS FBR

*[Handwritten signature]*

**COMPREV**  
COMPREV- PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG: JOÃO PESSOA

22/06/18

CRP 14085177

*[Handwritten signature]*  
Luciano Gomes da Silva  
Médico Traumatólogo  
CRM 1304



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**

PACIENTE: Jessica Correia Silva IDADE: 28  
ALMO: M. da Neves LEITO: 30.1 MEDICO: D. Luciano Guedes

DATA: 31/05/18

MANHA

TARDE

NOITE

Paciente acordada, consciente e orientada, admitida p/ procedimento cirurgico, dieta zero após 24hrs, cirurgia amanhã 01.06.18. Medicada Acei + SSV.

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Maria Cristina Silva  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN 604316/50

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL  
ANTONIO TARGIM

NOME: Luciana Corrêa Silva  
ALIA: Maria Nellys

LEITO: 307

MÉDICO:

IDADE:

DATA: 01.06.18

MANHÃ

paciente evolui mantendo quadro. Refere muita dor medicada conforme prescrição, consciente e orientada, hipotensão aguardando procedimento cirúrgico, em dieta zero, urina presente espontânea. Segue a os Cuidados de Enfermagem.

[Assinatura] Sina  
COREN 246278

TARDE

paciente segue mantendo quadro estável. consciente orientada em 307 segue sem intercorrências medicadas. após período de 24h mantendo a ordem em que se seguem sem anormalidades

[Assinatura]  
Jucara Andréia de Oliveira  
Técnica de Enfermagem  
COREN 709226 PB

NOITE

Paciente segue com quadro estável. A dor é controlada após o uso de V.O.I. de rotina de 12h segue os cuidados de enfermagem.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Géssia Correia

IDADE:

ALIA:

M.N.

LEITO:

MÉDICO:

DATA:

02/06/18

MANHÃ

Paciente evolui com quadro estável  
devido a todos os exames feitos e  
pulsos de 70-80 mmHg, CP - 12  
e saturação de oxigênio 98%.

Géssia de M. Ribeiro  
Técnica de Enfermagem  
C.R.E.N. 748.427

TARDE

NOITE

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Sr(a): GESSICA CORREIA SILVA  
 idade: 28 ANOS  
 RA: 0110071846 Dt Coleta: 01/06/2018 - 01:32:18  
 Dr(a): LUCIANO GUEDES BORGES/3451  
 Convenio: PACOTE -HAT  
 Emissão: 01/06/2018 - 09:08:29 Local: M DAS NEVES



## HEMOGRAMA COMPLETO

| ERITROGRAMA              | Valores Encontrados                      | Valores de Referência |                               |
|--------------------------|------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Hemácias                 | 3,86                                     | milh/mm3              | 3.90 a 6.70                   |
| Hemoglobina              | 11,2                                     | g/dL                  | H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0 |
| Hematócrito              | 33,6                                     | %                     | H: 41 a 55 M: 36 a 49         |
| V.C.M.                   | 87,0                                     | u3                    | 80.0 - 98.0                   |
| H.C.M.                   | 29,0                                     | pg                    | 26.0 - 32.0                   |
| C.H.C.M.                 | 33,3                                     | g/dL                  | 32.0 - 36.0                   |
| RDW                      | 12,5                                     |                       | 11.0 - 14.5                   |
| Série Vermelha:          | Normocitose. Normocromia.                |                       |                               |
| LEUCOGRAMA               |                                          |                       |                               |
| Leucócitos               | 9760                                     | /mm3                  | 3800 - 10000                  |
| Bastonetes               | 0                                        | 0                     | 0-2 0-500                     |
| Segmentados              | 68                                       | 6637                  | 46-67 1.820-6.700             |
| Eosinófilos              | 1                                        | 98                    | 1-5 36-500                    |
| Basófilos                | 0                                        | 0                     | 0-2 0-100                     |
| Linfócitos               | 19                                       | 1854                  | 20-35 800-3.500               |
| Linfócitos reativos      | 0                                        | 0                     | 0-1 0-100                     |
| Monócitos                | 12                                       | 1171                  | 2-10 72-1000                  |
| Série Branca:            | Leucócitos morfologicamente conservados. |                       |                               |
| PLAQUETAS                | 301000                                   | /mm3                  | 140.000 - 450.000             |
| Série Plaquetária:       | Plaquetas normais ao exame do esfregaço. |                       |                               |
| Metodo: AUTOMAÇÃO XT1800 |                                          |                       |                               |
| Material: SANGUE TOTAL   |                                          |                       |                               |

COMPREV

COMPREV PREVISÃO



Acesse seus resultados: [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br) Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102 5555 ☎ 83 988310102

**UNIDADE CENTRO**  
 ☐ Rua Sandra Barborema, 61  
**UNIDADE INTEGRAÇÃO**  
 ☐ Rua Sebastião Donato, 25

**UNIDADE CATOLÉ**  
 ☐ Av. Vigário Calisto, 877  
**UNIDADE CRUZEIRO**  
 ☐ Av. Almirante Barroso, 1493

**UNIDADE PRATA**  
 ☐ Rua Rodrigues Alves, 1049  
**UNIDADE JOSÉ PINHEIRO**  
 ☐ Rua Campos Sales, 463

**UNIDADE CATINGUEIRA**  
 ☐ R. Severino Seixtredo de Almeida, 17  
**UNIDADE QUEIMADAS**  
 ☐ Rua João Barbosa Silva, 77

**UNIDADE JOÃO XXIII** 24h  
 ☐ Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata  
**UNIDADE ANTÔNIO TARGINO** 24h  
 ☐ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario



Sr(a): GESSICA CORREIA SILVA  
Idade: 28 ANOS  
RA: 0110071846 Dt Coleta: 01/06/2018 - 01:32:18  
Dr(a): LUCIANO GUEDES BORGES/3451  
Convenio: PACOTE -HAT  
Emissão: 01/06/2018 - 09:08:29 Local: M DAS NEVES



#### GLICEMIA

Resultado 94

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)  
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

#### CREATININA

Resultado 0,68

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30  
Mulheres: 0,50 a 0,90

#### RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro 110

mL/min/1,73  
m2

Adulto negro 133

mL/min/1,73  
m2

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular(RFG) e o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbididades que levam a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:

Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)  
Material: SORO

#### UREIA

Resultado 28

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)  
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50



Dra. Deylaine Oliveira Brandão  
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA  
CRP-PB 03022-CPF:062.767.874-26

Acesse seus resultados: @ www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102 5555 ☎ 83 988310102

#### UNIDADE CENTRO

☐ Rua Sandra Borelma, 61

#### UNIDADE INTEGRAÇÃO

☐ Rua Sebastião Donato, 25

#### UNIDADE CATOLÉ

☐ Av. Vigário Calixto, 877

#### UNIDADE CRUZEIRO

☐ Av. Almirante Barroso, 1493

#### UNIDADE PRATA

☐ Rua Rodrigues Alves, 3049

#### UNIDADE JOSÉ PINHEIRO

☐ Rua Campos Sales, 483

#### UNIDADE CATINGUEIRA

☐ R. Severino Sezefredo de Almeida, 17

#### UNIDADE QUEIMADAS

☐ Rua João Barbosa Silva, 77

#### UNIDADE JOÃO XXIII

☐ Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata

#### UNIDADE ANTÔNIO TARGINO

☐ R. Belmiro Gouveia, 349 - Centenario



Sr(a): GESSICA CORREIA SILVA  
Idade: 28 ANOS  
RA: 0110071846 Dt Coleta: 01/06/2018 - 01:32:18  
Dr(a): LUCIANO GUEDES BORGES/3451  
Convenio: PACOTE -HAT  
Emissão: 01/06/2018 - 09:08:29 Local: M DAS NEVES



Valor(es) de referência

### COAGULOGRAMA COMPLETO

|                                   |                       |         |                      |
|-----------------------------------|-----------------------|---------|----------------------|
| Tempo de Sangramento (DUKE)       | 1,00                  | minutos | 1.00 a 3.00          |
| Tempo de Coagulação (Lee-White)   | 6,00                  | minutos | 4.00 a 10.00         |
| Retração do Coágulo (Mac Farlane) | Normal. Coágulo Firme |         | Normal Coágulo Firme |
| Plaquetas (ABX Pentra 60)         | 301000                | /mm3    | 140.000 a 450.000    |

### TEMPO DE PROTROMBINA

|                         |      |      |          |
|-------------------------|------|------|----------|
| Paciente                | 13,1 | Seg. |          |
| Plasma Controle         | 13,1 | Seg. |          |
| Atividade Protrombínica | 100  | %    | 70 a 100 |
| INR                     | 1,00 |      |          |

### TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

|                 |      |      |              |
|-----------------|------|------|--------------|
| Paciente        | 30,0 | Seg. |              |
| Plasma Controle | 30,0 | Seg. |              |
| Diferença       | 0    |      | Inferior a 8 |

Método: QUICK

Material: PLASMA CITRATADO



Dr. Dayane Oliveira Brandão  
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA  
CRF-PB 03822-CPF:062.767.974-26

Acesse seus resultados: @ [www.labprosangue.com.br](http://www.labprosangue.com.br) Central de Atendimento: ☎ 83 2102.5577 ☎ 83 2102 5555 ☎ 83 988310102

**UNIDADE CENTRO**  
☛ Rua Sandra Borborema, 61  
**UNIDADE INTEGRAÇÃO**  
☛ Rua Sebastião Donato, 25

**UNIDADE CATOLÉ**  
☛ Av. Vigarão Calisto, 877  
**UNIDADE CRUZEIRO**  
☛ Av. Almirante Barroso, 1493

**UNIDADE PRATA**  
☛ Rua Rodrigues Alves, 1049  
**UNIDADE JOSÉ PINHEIRO**  
☛ Rua Camões Sales, 453

**UNIDADE CATINGUEIRA**  
☛ R. Severino Sezefredo de Almeida, 17  
**UNIDADE QUEIMADAS**  
☛ Rua João Barbosa Silva, 77

**UNIDADE JOÃO XXIII** @ 24H  
☛ Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata  
**UNIDADE ANTÔNIO TARGINO** @ 24H  
☛ R. Delmiro Gouveia, 349 - Centenario

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC  
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



E

860261 GESSICA CORREIA SILVA F

31.05.2018

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







HOSPITAL ANTONIO TARDINO

01.09.2018

880301 GESSICA CORREIA SILVA



E

CONTROLE

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ANTONIO DA SILVA

11/03/1996

11/03/1996

11/03/1996 FLS. 200V 1 IV. 023  
CENÁRIO MAMANGUAPÉ-PE

074.554.654-77

LEI N° 7.116 DE 29.03.03

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 V-02  
 P-236

João Silva  
 NATURAL DO RIO DE JANEIRO






VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.133.120 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/12/2017

NOME  
GÉSSICA CORREIA SILVA

FILIAÇÃO  
ANTÔNIO SEVERINO DA SILVA  
ROSA CORREIA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
CAMPINA GRANDE-PB 29/01/1990

DOC ORIGEM  
CERT. NASC. Nº51818 - LIV.47 - FLS.134 - CARTORIO 2º CAMPINA GRANDE-PB

CPF  
073.462.844-70

0+

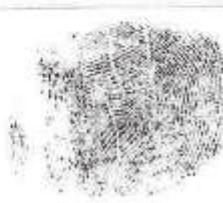
29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

L-234

Géssica Correia Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL: AP144766-TDJS  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Marques do Herval, 83 - Conto Fome 3341-6035  
CNPJ: 09.365.945/0001-76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática  
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido  
Campina Grande

**28 06 17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena  
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º da Lei nº 8.988/94)

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Inácio Bruno Sarmiento*

COAB

REPRODUÇÃO FIDEL DO ORIGINAL QUE ME FOI EXIBIDO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO

FRANCISCO BRUNO E SILVA  
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

OLHO D'ÁGUA-PB

2121333 - SSP/PB

22/03/2017

02 23/03/2017

036.781.814-08

24/10/1978

DATA DE NASCIMENTO

INACIO BRUNO SARMENTO

21472

INSCRIÇÃO

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO Nº 012710478155  
VIA 0050823891-7 00/00000000-2016

STIVALDO VICENTE DA SILVA

0755546597-7 NPA NPW6601/PB

NOVOAANT/JFPB 902KD0550DR10836

PAS/MOTOCICLETA/NOO APLIC ALCOOL/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2012/9 902KD0550DR10836

TPVA BAGAEM 30605672016 VENC COTAS

1º 2º 3º  
P 0 PARCELAMENTO / COTAS  
V 0  
A

PRÊMIO TARIFÁRIO 902KD0550DR10836 DO SEGURO (RS)

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NAMANG 142 17/08/2016 DATA 13684

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710478155 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SIVALDO VICENTE DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 17/08/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

SIVALDO VICENTE DA SILVA

PLACA

RENAVAM

MARCA/MODELO

NPW6601/PB

00509338917 HONDA/NXR150 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

2012/9 (RS) 9 902KD0550DR10836 DO SEGURO (RS)

CUSTO DO BILHETE (RS)

SEGURO P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELAS

SECURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

13684-1399409201606017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB Nº 013814041932

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVAM 1 013814041932

1 0042072153 06/000000000 2016

ALLES DAYAN FENEIRA DA ROCHA

1043520541R

NOVO

ESPECIE TIPO

FAZ/MOTONETA 150 AGUL

HONDA

812 125 RS

2011

2012

PRETA

1º

2º

3º

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

100/00/0000

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DETRAN

DETRAN

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AS.-0225636/18  
Vítima: SIVALDO VICENTE DA SILVA  
CPF: 075.554.654-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/01/2018  
Titular do CPF: SIVALDO VICENTE DA SILVA

### 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  
DUT  
Outros

Outros



**SIVALDO VICENTE DA SILVA : 075.554.654-77**

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 15/06/2018  
Nome: SIVALDO VICENTE DA SILVA  
CPF/CNPJ: 075.554.654-77

Data do cadastramento: 22/06/2018  
Nome: Patrícia Aleixo Silva  
CPF: 068.560.787-12

SIVALDO VICENTE DA SILVA

Patrícia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Silvestre Vicente da Silva  
DATA DO ACIDENTE 01/01/2018 CPF DA VÍTIMA 075.554.654-77  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM  
A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Aristóteles R. Costa  
Nº 629 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BA/RIO \_\_\_\_\_  
CIDADE Matão UF PE CEP 58280-000  
E-MAIL clv2epe@gmail.com TELEFONE (83) 99133-9343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ INIMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA, FRETADOR DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/06/18  
IDENTIDADE 3.908.049.553190  
ASSINATURA Silvestre Vicente da Silva

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 07/06/18 MATR. CORREIOS 89771147  
NOME MARCELO DE SOUSA E SILVA  
ASSINATURA [assinatura]



Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>  
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>  
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho  
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904  
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654  
E-mail: [jose.carlos@seguradoralider.com.br](mailto:jose.carlos@seguradoralider.com.br)

**CONFIDENCIALIDADE** Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

**CONFIDENTIALITY** This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <[jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br](mailto:jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br)>

Assunto: RE5: Produção: 13/03/2018

Intencionalmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes  
Gerente de Sinistros  
[arthur.froes@seguradoralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)

55 21 3861-4286



[seguradoralider.com.br](http://seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445488

**Cidade:** Campina Grande

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA

**Data do acidente:** 31/05/2018

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                     |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Paula Dias Carneiro

**CRM:** 52730980

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445488 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA **Data do acidente:** 31/05/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                     |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

|                |                                     |
|----------------|-------------------------------------|
| NOME:          | Gessica Corveia Silva               |
| NACIONALIDADE: | Brasileira                          |
| PROFISSÃO:     | Vendedora                           |
| IDENTIDADE:    | 3333 120.                           |
| ENDEREÇO:      | Av. Floriano Peixoto 1315 Centumero |

## OUTORGADO

|                |                                               |
|----------------|-----------------------------------------------|
| NOME:          | Inacio Bruno Garmiento                        |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro                                    |
| PROFISSÃO:     | Advogado                                      |
| IDENTIDADE:    | 2131933 CPF: 0367818/406                      |
| ENDEREÇO:      | Rua Dinameneo Correia, 1020, Lapa - C. Grande |

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Campina Grande 36/08/2018

LOCAL E DATA

Gessica Corveia Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

SELO DIGITAL: AH057887 - HM-XU  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



8º Ofício de Notas - Serviço Notarial  
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Campina Grande - PB - Cep 53080-007  
Fone: (83) 3341.8085 - E-mail: cartorio8cd@hotmail.com  
Tabelião - Pedro Oliveira de Lucena

### RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Gessica Corveia Silva  
como: ☒ Autêntica ☐ Semelhante  
Dou fé, Campina Grande - PB, 16 AGO. 2018

Tabelião/Escrevente/Auxiliar



RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
24 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG: JOÃO PESSOA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350796/18

**Vítima:** GESSICA CORREIA SILVA

**CPF:** 073.462.844-70

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 31/05/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GESSICA CORREIA SILVA

## 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  
DUT

### INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

### GESSICA CORREIA SILVA : 073.462.844-70

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: 24/09/2018  
Nome: INACIO BRUNO SARMENTO  
CPF: 036.781.814-06

INACIO BRUNO SARMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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

3180445488

CPF da Vítima

07346284470

Nome completo da vítima

Germino Corneio Silva

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

|                                        |                           |                                     |                              |
|----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Nome completo<br>Germino Corneio Silva |                           | CPF titular da conta<br>07346284470 | Profissão<br>Vendedor        |
| Endereço<br>Av. Adm. Flamarion Pereira |                           | Número<br>1315                      | Complemento<br>A             |
| Bairro<br>Centenário                   | Cidade<br>Comodoro Grande | Estado<br>PB                        | CEP<br>58428111              |
| Email<br>inacio.bruno@uol.com.br       |                           |                                     | Telefone (DDD)<br>8333341289 |

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**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ 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.

0737

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

96263

(Informar dígito se existir)

D/V

4

☐ **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.

C. Grande, 17 de Outubro de 2018

Local e Data

Germino Corneio Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

