

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

103.899.844-18

Nome completo da vítima

Lucero Ferreira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucero Ferreira Silva	CPF titular da conta 103.899.844-18	Profissão Serviços Gerais
Endereço Rua: Harpaz de Siqueira	Número 510	Complemento A-17 2 48
Bairro Grammaire	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email	CEP 58069-557	Telefone (DDD) 98663-4900

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\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº 34187 D/V

CONTA
Nº 39304 D/V

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)



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

João Pessoa 17 de outubro de 2018

Local e Data

Lucero Ferreira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Saldo N. 93020000000000000000

AGENCIA : 3487 BRINHO DE MANGABEIRA, P
CONTA : 013 00039304-4
CLIENTE : CICERO FERREIRA SILVA

SALDO ATE A DATA DE:	17/10/2018
DISPONIVEL.....	6.02
BLOQUEADO.....	0.00
TOTAL.....	6.02

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

COMPREV
COMPREV-SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
1-8 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10565434

A/C: ANA MARIA ROQUE PINHEIRO

Sinistro: 3160272016 ASL-0855308/16
Vítima: ANA MARIA ROQUE PINHEIRO
Data Acidente: 12/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEANDRO MARQUES DE OLIVEIRA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO FERREIRA SILVA**

Nº Sinistro: **3180434198**

Vitima: **CICERO FERREIRA SILVA**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434198**.

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 13389767



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERO FERREIRA SILVA**
Nº Sinistro: **3180434198**
Vitima: **CICERO FERREIRA SILVA**
Data do Acidente: **01/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180434198**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando página
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Carta nº 13478539

A/C: CICERO FERREIRA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180434198 ASL-0341861/18
Vitima: CICERO FERREIRA SILVA
Data Acidente: 01/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

10389984418

Nome completo da vítima

Cícero Ferreira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Cícero Ferreira Silva	CPF titular da conta	10389984418	Profissão	Recuso
Endereço	Rua Harpas de Gíades	Número	50	Complemento	277648
Bairro	Grammae	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email				CEP	58069-557
				Telefone (DDD)	(83) 98663-4900

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

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
18-SET-2013
PROTOCOLO
AG. 3030 PESSOA

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 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA
Nº 3487 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA
Nº 39304 D/V 4
(Informar dígito se existir)

BANCO
Nome _____ Nº _____

AGÊNCIA
Nº _____ D/V _____

CONTA
Nº _____ D/V _____
(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa 18 de Setembro de 2013
Local e Data

Cícero Ferreira Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

10/08/2018

CONVENIO: 000664910
OPERADOR: thuan10

CONTA: 3487.013.00039304-4
NOME: CICERO FERREIRA SILVA
CPF: 10389984418

DD. OPERAÇÃO: 222101558

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

=====

=====

AC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00711.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00711.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:43 horas do dia 17 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cícero Ferreira Silva**, CPF nº 103.899.844-18, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Antônio Enedina da Silva e Cícero Enedino da Silva, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 20/08/1987 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Harpas de São, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Mercadinho Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98786-7754.

Dados do(s) Fatos:

Local: Projetada, Rio da Santinha, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:


QUE, segundo o notificante, quando conduzia o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA CG/125 FAN ES, ano e modelo: 2010/2011 DE CORPRETA, PLACA: NQG 3546/PB, Chassi nº 9C2JC4120BR505260, registrado em nome de Jailson Ferreira da Silva, CPF 090.298.648-81; QUE, segundo o notificante conduzia o veículo na rua: projetada, próximo ao Rio da Santinha em Gramame, nesta Capital/PB, quando um veículo pajero 4x4 de cor azul, fez uma manobra errada e colidiu com o notificante, que devido ao impacto veio a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0413/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 09/03/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação





CÍCERO FERREIRA SILVA
Noticiante
CUMPREV PREVIDÊNCIA SIM
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00711.01.2018.1.00.420

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Ferreira da Silva,
RG nº 3.389.549 data de expedição 10/02/2012,
Órgão SSDS-PB portador do CPF nº 090.298.684 81, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Roberto Justolino de Aguiar, nº 58,
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 Cícero Ferreira Silva, cujo o condutor era
Cícero Ferreira Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 1325 FAN ES
Ano: 2010/2011
Placa: PAG-3346/PB
Chassi: 9C2JC4S20BR505260
Data do Acidente: 01/01/18
Local e Data: João Pessoa - PB 05/01/2018.

Jailson Ferreira da Silva 
Assinatura do Declarante CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Det. Rômulo Vieira Batista - Titular / Det. Rosângela Vieira Batista - Substituto

Rua São Pedro de Alcantara, 8 - Mangabeira - CEP 58055-410 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 4481.2034/4000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 05/01/2018 15:28:08

Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2018-000846]EML:R\$ 49,33 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,81 FES:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AG660270-DPP5

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

DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 Guilherme Ferreira Silva CPF da Vítima 103.899.844-18 Data do Acidente 01/01/2018

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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Faro Pessoa 18 de Setembro de 2018
Local e Data

Guilherme Ferreira Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434198

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

Data do acidente: 01/01/2018

Seguradora: MBM 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 2º,3º,4º METATARSOS ESQUERDOS(LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RGA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58026-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90829 Atd: Nao Regulado
Data: 01/01/2018
Hora: 15:49:29
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: CICERO FERREIRA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.000076

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3811649 Fone: 986847754

Natural: BARRA DE SANTA ROSA/PB Data Nasc.: 20/08/1987 Id: 30 ano(s)

End.: RUA HARPAS DE SIAO (RES GERVASIO MAIA), 77

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANTONIA ENEDINO DA SILVA

Pai: CICERO ENEDINO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA-JULIANA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL, MOTOXCARRO AS 15:10

Vitima de violencia por: SENTIDO RIO DA SANTINHA* CAND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Choc. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO E MOTO COM ESCORIOCOES TRAUMA EM

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de acidente motociclistico e trauma em
pe (E) e exame o da comunidade do sistema.

Diagnostico

[] Conduta

18 SET. 2013

PROTOCOLO

Prescrição

[] Horário da medicacao

1) Titulad do syst 47 EV.

2) Dipirone 31 syst 47 EV.

3) Rx do pe

4) OHTO.

5) Alta do
coral.
Wendy L.F. Cunha
Médico Assistente Cirurgião Geral
Rég 11045

#ART06014

Paciente com fratura da costela direita e fratura do fêmur direito. 30.40 e 50 minutos de internação. Exame de internação realizado.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Exame realizado em bloco
para o diagnóstico de 170 necess
Paciente admitido a 13:00
muito bem com internação
que o procedimento foi realizado
após os 11:00 horas

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

CRM 8490
MÉDICO
Dr. Emerson P. Bessa

Dr. Ribeiro

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/Responsável

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

ANTONIA SOARES DE OLIVEIRA
RUA HARPAZ DE SAO, S/N, Q 77 L 48 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58089557 (AG: 1)

Emissao: 22/06/2018 Referência: Jun/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA EPC MONOFASICA
Roteiro: 13 - 2 - 852 - 5900 Nº medidor: 0000081952

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Crato Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.192/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 006 462.910
Cód. para Dth. Automático: 00013085972

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	22/06/2018	24/07/2018	29509130400 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1308597-2

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TOCE
R 10,425 - 13 de abril de 2012

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
23/05/18	12707	22/06/18	13005	1		298		30		
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa D	Valor Base Calc	Alíq. (R\$)	Base Calc	Parcela (R\$)	Cobrança (R\$)	Cobrança (R\$)	
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Período (R\$)		(0,000000) (4,1404%)		
0801	Consumo até 30 kWh - BR	30,000	0,349450	7,48	7,48	27	2,01	7,48	0,36	0,31
0801	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	70,000	0,427620	29,93	29,93	27	8,08	29,93	0,27	1,24
0801	Consumo - 101 a 220 kWh - BR	120,000	0,541420	76,97	76,97	27	20,79	76,97	0,59	2,19
0801	Consumo acima de 220 kWh - BR	78,000	0,712590	55,59	55,59	27	15,01	55,59	0,50	2,31
0801	Adic. B. Amarela			0,88	0,88	27	0,24	0,88	0,01	0,03
0801	Adic. B. Vermelha			12,95	12,95	27	3,50	12,95	0,12	0,54
0810	Subsídio			50,44	50,44	27	13,82	50,44	0,45	2,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA			9,27	9,27	0	0,00	9,27	0,00	0,00
0906	PARCELAMENTO DE DEBITO T 148			156,92	156,92	0	0,00	156,92	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-34,28	-34,28	0	0,00	-34,28	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 374,15 334,34 63,24 234,24 2,10 9,71

Média últimos meses (kWh)
375

VENCIMENTO
01/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 374,15

Histórico de Consumo (kWh)

248	297	358	382	445	410	322	398	446	448	425	328
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO FISCAL

459d.fcab.78c3.724c.f063.73ad.5ac1.a127

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGITIMETRAL	9,3	0,00	NOMINAL
DIGITIMETRAL	10,62		220
DIGITIMETRAL	21,25		
DIGITIMETRAL	3,30	0,00	CONTRATADA
DIGITIMETRAL	6,60		LIMITE INFERIOR
DIGITIMETRAL	13,20		203
DIGITIMETRAL	7,03	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIGITIMETRAL	12,22		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	43,42	11,60
Compra de Energia	82,30	21,98
Serviço de Transmissão	6,56	1,75
Encargos Setoriais	12,09	3,22
Impostos, Direitos e Encargos	63,22	16,89
Outros Serviços	155,92	41,56
Total	374,15	100,00

Valor de EURD (Ref. 4/2018) R\$ 60,10

ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, existe(m) 17 fatura(s) no montante de R\$ 5126,35 relativo(s) a período(s) anterior(es).
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 07/07/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as cortas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.
- ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$34,28.
- Letura confirmada.

Faturas em atraso

Abr/18	455,50
Mar/18	466,26
Fev/18	478,92
Jan/18	441,72
Dez/17	391,49
Nov/17	486,52
Out/17	493,14
Set/17	402,76

2 PARAIBA

Roteiro: 13 - 2 - 852 - 5900
Matrícula: 1308597-2018-06-9

VENCIMENTO
01/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 374,15

FATURA A SER QUITADA ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMÁTICO. BANCO 356
CONSIDERAR ESTA NOTA FISCAL QUITADA SOMENTE APÓS O EFETIVO DÉBITO

EN11A004

84640000001-0 54990296201-4 80810907000-9 00140585849-7

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucero Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.899.844-18 do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima Lucero Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.899.844-18 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Mamaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)


João Pessoa 27 de agosto de 2018
 Local e Data

Alexandra Lemos Duarte
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Ferreira da Silva,
RG nº 3.389.549 data de expedição 10/02/2012,
Órgão SSDS-PB portador do CPF nº 090.298.684 81, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Roberto Justolino de Aguiar, nº 58,
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 Cícero Ferreira Silva, cujo o condutor era
Cícero Ferreira Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 1325 FAN ES
Ano: 2010/2011
Placa: PAG-3346/PB
Chassi: 9C2JC4320BR505260
Data do Acidente: 01/01/18
Local e Data: João Pessoa - PB 05/01/2018.

Jailson Ferreira da Silva 
Assinatura do Declarante CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Det. Rômulo Vieira Batista - Titular / Det. Rosângela Vieira Batista - Substituto

Rua São Pedro de Alcantara, 8 - Mangueira - CEP 51010-410 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 4441.2034/400

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 05/01/2018 15:28:08

Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2018-000846]EML:R\$ 49,33 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,81 FES:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AG660270-DPP5

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

DEPARTAMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Osório Pereira do Sales Data da Admissão: 01/01/17
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: 12-12 LUSPARE (E)
 HDA: Receita para exames no pl (E)
realizar procedimento em
deguar-fina

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
 [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
 [] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

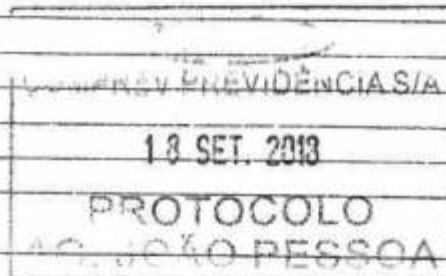
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

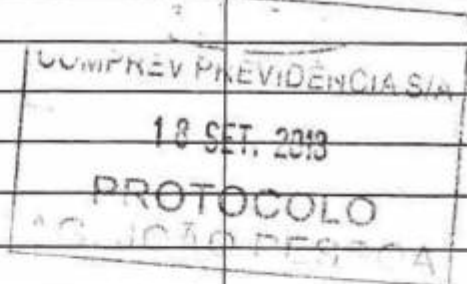


Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

01/01/18

Nome: <u>Osvaldo Lourenço dos S.</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>M^c André Ribeiro</u>			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>LX LX Lesão (E)</u> <u>+ LX 2/3/4º MTT + FX ulna de</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>NMT</u>					
<div style="text-align: right;">  </div>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Receto de DM4
 Bolso de pele
 Sulfato

Incisão:

Aplicação de corpo cirúrgico
 Redução de 2 mm
 nos 2/3 da região dorsal
 e 1/3 espessura da pele

Achados:

Lx - Lx Jussuanc
 +
 Fx 2/3/4: MTT

Conduta:

Redução do 4: com o
 curativo interno e fi-
 dação do metacarpo III
 com fio; prova nos dedos 2/3/
 4/5 metacarpo E. + Rx controle
 sulco + curativo.
 Fio K. no 2,5.

Fechamento:

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 18 SET. 2018
 PROTOCOLO
 AD. JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 01/01/18

MÉDICO/CRM

CERTIDÃO

Nº0413/2018

Atendendo solicitação de **ALEXANDRA CESAR DUARTE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90829 e prontuário Nº2018.01.0076 pertencentes a **CICERO FERREIRA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 15H49min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em pé esquerdo.

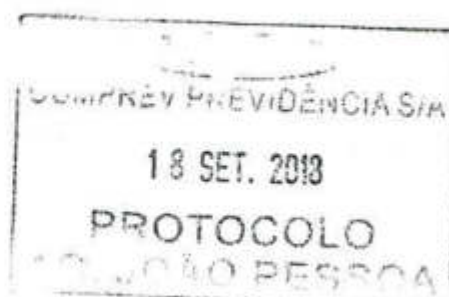
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do pé esquerdo. Realizado cirurgia dia 01/01/2018 e alta médica dia 11/01/2018

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

João Pessoa, 09 de março de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90829 Atd: Nao Regulado
Data: 01/01/2018
Hora: 15:49:29
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CICERO FERREIRA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3811649 Fone: 986847754
Natural: BARRA DE SANTA ROSA/PB Data Nasc.: 20/08/1987 Id: 30 ano(s)
End.: RUA HARPAS DE SIAO (RES GERVASIO MAIA), 77
Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ANTONIA ENEDINO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.01.000076

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO
INF. MACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA-JULIANA
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Pai: CICERO ENEDINO DA SILVA
Estado Civil: NAO INFORMADO
Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: COL, MOTOXCARRO AS 15:10
Vitima de violencia por: SENTIDO RIO DA SANTINHA* CAND
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Cil. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

COLISAO CARRO E MOTO COM ESCORIOES TRAUMA EM
41E NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de acidente motociclistico col trocena em
Rt (E) e col edema e deformidade do membro.

Diagnostico

Conduta

18 SET. 2018

PROTOCOLO

Prescrição

Horario da medicacao

1) Analgesia de 1ml/4h EV.
2) Dipirona de 1ml/4h EV
3) Rx do Rt
4) ORTO.
5) Alta do
geral.

Assinatura: [Assinatura]
Médico: [Assinatura]
Cirurgia Geral
11045

2. #ARTOPESIT
 Paciente com fratura da coxa, ole crânio
 e fratura do 8º, 4º e 5º vértebra +
 lesão do sistema digestivo.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)
 Foi solicitada a solicitação em bloco
 para o paciente a 170 necessariamente
 para a visita a família ter a assistência
 médica às 13:00 / a assistência médica
 que o procedimento para a solicitação
 após os 21:00 com o paciente

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qrde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

CRM 8492
 MEDICO
 Dr. Eneas P. Bessa

em 12/09

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

SECRETARIA DE PREVIDENCIA SIA
 18 SET. 2013
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

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

T. J. Ferreira Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Osório Pereira do Sales Data da Admissão: 01/01/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: LA - (x) Lesão (E)

HDA: Prontuário não encontrado no sistema de informação

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

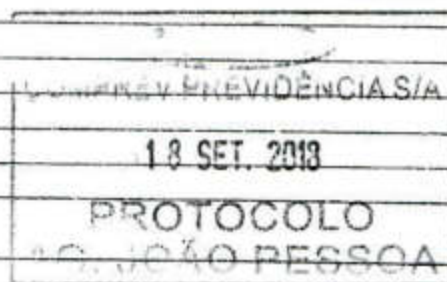
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

01/01/18

Nome: <u>Osvaldo Lourenço dos S.</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>M^o André Ribeiro</u>		1 ^o Assistente:		
2 ^o Assistente:		3 ^o Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>FX LX Lumbosacral (E)</u>					
<u>+ FX 2/3/4^o MTT + FX Ulnar de</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>NMT</u>					
<div>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 18 SET. 2018 PROTOCOLO AC. JOÃO PESSOA</div>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Deitado sobre DM4
 Dorso, pelvis e membros
 superiores

Incisão:

Abertura de campo cirúrgico
 Redução da pele de 2 mms
 nos 4/3 espessura média

Achados:

Lx - Lx justaposto
 +
 Fx 2/3/4: MTT

Conduta:

Redução do 4: com o
 curvador intermediário e fi-
 dação do metacarpo curvador
 médio; foram usados fios 2/3/
 4/5 metacarpo E, + Rx controle
 sileno + curativo.
 Fio K. no 2,5.

Fechamento:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 SET. 2018

PROTOCOLO

AO JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 01/01/18

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237




Cicero Ferreira Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.811.649 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/06/2018

NOME CÍCERO FERREIRA SILVA

FILIAÇÃO CÍCERO ENEDINO DA SILVA MARIA DAS DORES FERREIRA SILVA

NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB DATA DE NASCIMENTO 20/08/1987

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº11812 - LIV.A-11 - FLS.555 - CARTORIO B. DE SANTA ROSA-PB

CPF 103.899.844-18

João Pessoa - PB

Assinatura do Diretor

ASSINATURA DO DIRETOR

B+

LEI Nº 7.446 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO

13.000.000.000

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

RG
2627718

CPF
046.502.754-74

Data de Nascimento
21/08/1982

Sexo
F

Nome do Pai
ALEXANDRE DE ABALDO DUARTE

Nome da Mãe
MARCIA CESAR DUARTE

Estado
SP

Cidade
B

Data de Emissão
19/01/2013

Data de Validade
29/06/2001

Assinatura
Alexandra Cesar Duarte

Local
JOAO PESSOA, PB

Data de Emissão
17/01/2014

Assinatura do Emissor
Rodrigo Carneiro

CPF do Emissor
66588356744

CPF do Titular
78037919595

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

RG
2627718

CPF
046.502.754-74

Data de Nascimento
21/08/1982

Sexo
F

Nome do Pai
ALEXANDRE DE ABALDO DUARTE

Nome da Mãe
MARCIA CESAR DUARTE

Estado
SP

Cidade
B

Data de Emissão
19/01/2013

Data de Validade
29/06/2001

Assinatura
Alexandra Cesar Duarte

Local
JOAO PESSOA, PB

Data de Emissão
17/01/2014

Assinatura do Emissor
Rodrigo Carneiro

CPF do Emissor
66588356744

CPF do Titular
78037919595

CONFIRMAR PREVIDÊNCIA SIM
18 SET. 2018
PROTOCOLO
78037919595

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434198 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** MBM 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 2º,3º,4º METATARSOS ESQUERDOS(LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434198 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 01/01/2018 **Seguradora:** MBM 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 2º,3º,4º METATARSOS ESQUERDOS(LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

PERCERO FERREIRA SILVA,
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Servente de Pedreiro CI RG nº 3.811.649 SSPS/PB,
CPF/MF nº 103.899.844-18, residente e domiciliado(a) à Rua
Maneira de São, S/N 1944, 148 - Gramma,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58069-554, telefone
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA LUIZ VILHAR, 50F. - CENTRO DISTRITO: JOÃO PESSOA - PARAIBA - TEL/FAX: (83) 3511-4079
Reconhecimento Por Autenticidade a firma de CÍDERO FERREIRA
SILVA, (109271), J. Pessoa-PB, 18/04/2018 16:43:54 Emol
R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA/ODM/CELEIDA-SILVA. Selo
Digital A3175514-QG40 OdeM/Fe em
<https://selodistal.tinh.uepb.br>



1º OFÍCIO
DISTRITAL

J. Pessoa, 18 de abril de 20 18.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PERCERO FERREIRA SILVA

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341861/18

Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

CPF: 103.899.844-18

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO FERREIRA 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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CICERO FERREIRA SILVA : 103.899.844-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341861/18

Número do Sinistro: 3180434198

Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

CPF: 103.899.844-18

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO FERREIRA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA