



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assintido 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

Jacero Ferreira Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jacero Ferreira Silveira

CPF titular da conta

103.899.844-18

Profissão

serviços gerais

Endereço

Rua: Idar Ribeiro de Siqueira

Número

318

Complemento

Q-77 2 418

Bairro

Guanabara

Cidade

João Pessoa

Estado

213

CEP

58069-557

Email

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001)

ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

34187

D/V

CONTA

Nº

39304

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

318

D/V

CONTA

Nº

318

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

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

Jacero Ferreira Silveira

Local e Data

Jacero Ferreira Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Saldo N. 930.00

AGENCIA : 3487 BAIRRO DE MANGABEIRA, p
CONTA : 013 00035304-4
CLIENTE : CICERO FERREIRA SILVA
SALDO R\$ 0,00

SALDO ATÉ A DATA DE:
DISPONÍVEL
BLOQUEADO
TOTAL

17/10/2018
6.02
0.00
6.02

*Informações importantes no verso.
banco24horas*

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.



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10565434

A/C: ANA MARIA ROQUE PINHEIRO

Sinistro: 3160272016 ASL-0855308/16
Vitima: 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

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.seguradoraslider.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

Nome completo da vítima

103 899 844 18

Bicero Ferreira Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Bicero Ferreira Silva	103 899 844 18	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua Harpas de São Garamame	50	Q 77 L 48
Bairro	Estado	CEP
	PB	58069-557
Email	Telefone (DDD)	
	(83) 9 866 3-4900	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência juntada ao Seguro DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

PROTOCOLO

AC. 030 PESSOA

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\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

3487

D/V

CONTA

39304

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome	Nº
------	----

AGENCIA

Nº

CONTA

Nº

(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 Lider 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 2012

Local e Data

Cicero

Ferreira

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: thuany10

DNTE: 3487 013.00039304-4
DME: CICERO FERREIRA SILVA
PF: 10389984418

CD.OPERACAO: 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

PROTÓCOLO
A.G. 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 Antônia 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
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
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 30/02/2012
Órgão SSDS - PB portador do CPF nº 090.298.684-83, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
2º Sérvo Juscelino de Azevedo, nº 58,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víma Cicero Ferreira Silva, cujo o condutor era
Cicero Ferreira Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN ES

Ano: 2010/2011

Placa: PAG 3346/PB

Chassi: 9C2JC4520BR505260

Data do Acidente: 03/03/18

Local e Data: João Pessoa - PB 05/03/2018.

Jailson Ferreira da Silva *VIEIRA BATISTA*
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Sal. Raimundo Vieira Batista - Notariação / Sel. Notarial - Subnotaria

Rua São Francisco de Assis, 6 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 50000-000

Telefones: (83) 3222-1000 / 3222-1001 / 3222-1002 / 3222-1003

E-mail: selodigital@pb.jus.br

Site: selodigital.pb.jus.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as(s) Firmas(s) de:

JAILSON FERREIRA DA SILVA*****

En test. da verdade. João Pessoa-PB 05/01/2018 14:28:00

Rikaley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO

[2018-000846]EMUL:R\$ 49,35 FARFEN:R\$ 0,28 FEFJ:R\$ 1,81 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AG660270-BP5

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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 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 Bucero 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 atende 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.

José Pessoa 18 de Setembro de 2018
Local e Data

18 SET. 2018
PROTÓCOLO
DE CONCEPÇÃO
PREVIDENCIÁRIO

José Pessoa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434198
Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

Cidade: João Pessoa
Data do acidente: 01/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink that reads "Marcelo Toledo Fernandes Terrigno".

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: 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
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CICERO FERREIRA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

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

Num. Prontuario: 2018.01.000076

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: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO

26

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AUTONOMO

Escolaridade:

INF-MACOES DE ENTRADA

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 violência por: SENTIDO RIO DA SANTINHA*CAND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Ci... Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

Observacao

COLISAO CARRO E MOTO COM ESCORIACOES TRAUMA EM NEGA DESMAIO SIC

ME

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de acidente motorizado e trauma em
fó (), o edeme e deformidade da ().
COMPRA PREVIDENCIA SIAE

Diagnóstico

| Conduta

18 SET. 2013

PROTÓCOLO

Prescrição

| Horario da medicacao:

- ① Tintoria de mafatil 20 mg EV.
② Dipirona 200 mg EV 16/20 oral.
③ Rx do fó
④ Dpto.

Med. Dr. Curia
Centro Hospitalar Cirurgia Geral
011045

2 ~~anterior~~

1. Parasit can break the soil the surface
+ break the 30-40 cm with them +
leave a rotten polymer.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

I PRESCRICAO (assinatura e carimbo) _____
Carvalho sob o bloco
Para o realização de procedimento de aspiração da vesícula biliar em 18/09/2010.
O procedimento foi realizado com sucesso.
Assinado por Dr. Hélio Carvalho Segundo

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

CRM 649
MEDICO
DR. LUIS P. BESSET

Dr. C. L. King.

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido
[] Alta a pedida [] Enfermaria

[] Desistencia [] UTI

Tysoni ferrea spha

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

ANTONIA SOARES DE OLIVEIRA
RUA HARPAZ DE SIAO, 517 / 07714-048 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58089551 (AG: 1)

Emissao: 22/08/2018 Referencia: Jun/17/18

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA BPC MONOFÁSICO Km:25-Creto Retentor-João Pessoa/PB-CEP:58071-880
RCteiro: 13-2-852-5900 N° medidor: 0006081967 CNPJ:09.095.162/0001-40 Inst. Est: 16.015.023-0

ENERGISA PARAÍBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº001462.910
Cód. para Débito 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 Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1308597-2

Canal de contato

Tarifa Social da Energia - Bônus
até 10.425 kWh abr/2018

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
				Data	Leritura	Data	Leritura	1	29E	30
Demonstrativo										
CCO	Descrição	QVA/16306 T300/0	Vl. Balcão Atq. Atm(R\$) Balcão Pts(R\$) Com(R\$)	Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	KMS	Pts/Com(R\$)	(0,00%)	(4,145%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	90.000 0,046450	7,46 7,46 27 2,01 7,46 0,06 0,31							
0801	Consumo - 31 a 120kWh-BR	70.000 0,497620	28,93 28,93 27 8,08 28,93 0,27 1,24							
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120.000 0,541420	78,07 78,07 27 20,79 78,07 0,59 3,19							
0801	Consumo acima de 220kWh-BR	78.000 0,712890	55,59 55,59 27 15,01 55,59 0,80 2,31							
0801	Adic. B. Amarela		0,08 0,08 27 0,24 0,08 0,01 0,03							
0801	Adic. B. Vermelha		12,85 12,85 27 3,50 12,85 0,12 0,54							
0810	Subsídio	50,44	50,44 27 13,82 50,44 0,45 1,09							
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTROLE SERV ILUM PÚBLICA		9,27 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00							
0906	PARCELAMENTO DE DÉBITO 7/18	186,82	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00							
0906	Devolução Subsídio	-34,28	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00							

CCO Código de Classificação do item TOTAL 374,15 334,24 63,24 234,24 210 9,71

Média últimos meses (kWh) 375 VENCIMENTO 01/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 374,15

Histórico de Consumo (kWh)		
248	297	358
Jun/17	Jul/17	Ago/17
Set/17	Out/17	Nov/17
Dez/17	Jan/18	Fev/18
Mar/18	Apr/18	May/18

RESERVADO AO FISCO
459d.feab.78c3.724c.f063.73ad.5ac1.a127

13 SET. 2018
PROTOCOLO
DE PESSOA

4/2018. Massaré

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
EXCELENTE	0,00	NOMINAL
DIG. TRIMESTRAL	10,62	220
DIG. ANUAL	21,28	
FC. EXCELENTE	3,30	0,00
FC. TRIMESTRAL	6,80	CONTRATADA
FC. ANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR
DCMC	7,93	202
DCR	12,22	LIMITE SUPERIOR

Discriminação Valor (R\$) %

Serviços de Dist. de Energia/PB 43,42 11,80
Compr. de Energia 83,90 15,79
Serviço de Transmissão 6,69 1,19
Encargos Sistêmicos 12,03 2,22
Imposto Diretos e Encargos 83,72 23,21
Outros Serviços 155,82 44,35

Total 374,15 100,00

Valor de Euro (Ref. 4/2018) R\$ 0,10

ATENÇÃO		Faturas em atraso
- Além das faturas em atraso acima, existem my 17 fatura(s) no montante de R\$ 5126,35 referente(s) a período(s) anterior(es).		Abr/18 455,50
- REAVISO: Caso a(s)fatura(s) se atraso continuem(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 07/07/2018 Conforme Resolução 114/ANEEL. O pagamento, após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa manobra.		Mar/18 466,26
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 a data de vencimento da fatura vencida e não paga.		Fev/18 478,92
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.		Jan/18 441,72
- Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$34,28		Dez/17 391,49
- Letra confirmada		Nov/17 486,52
		Out/17 493,14
		Set/17 402,76

2 PARAIBA
Rotaceo 15#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

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

001/004

Importante:

Este documento é emitido e mantido sempre com base no acesso ao sistema de operação Master NET - Manaíra. Assegure-se de que seu sistema Master NET - Manaíra esteja corretamente configurado para aceitar serviços NET, conforme a política de preços e condições estabelecidas na tabela de cobrança da sua concessionária.

Minha NET:

- ④ RDA LARGA NET EMPRESAS
60 MEGA FIDU
- ④ FONE EMPRESA UNIFAS
- TOTAL: R\$

descrição

total

④ NET VIRTUA +	145,00
④ NET Fone	54,99
Itens Eventuais	-45,00

Valor total
154,99

④ NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

001/08/2018 00:00:00 MENSALIDADE VIRTUA RDA LARGA NET EMPRESAS UNIFAS FIDU

Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00

Total NET VIRTUA + 145,00

④ NET Fone

SENHA

SENHA AT

ASSINATURA

Total NET Fone

Itens Eventuais

Descontos/Cancelamentos

001/08/2018 DESCONTO VIRTUA 45,00

Sub-Total Descontos/Cancelamentos 45,00

Total Itens Eventuais -45,00

COMPRA PNEU DÉNCIA S.A.

18 SET. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NET 50%

CÍRCITO CULTURAL

NET



APROVEITE O DESCONTO EM TODAS AS ATRAÇÕES DOS ESPAÇOS CULTURAIS.

NET NET

NET

NET NET

Cinearte

Desconto em até 4 ingressos

Desconto em até 2 ingressos

Acesse: www.net.com.br e confira!

- ! Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br.
- Entre o endereçamento de seu endereço e o pagamento até a data de vencimento, NET filiada ao Serasa/SEPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros simples de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nos seus próximos faturamentos.
Oficinas Auditivas e de Fono Língua. 0800 771 7707 - Fá
prático realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telefonia para surdos).
Ligue 4024-7777 para atendimento língua, dinâmica e compra de serviços junto à sua operadora local.

Central de Relacionamento NET: 10621 e 0800-7217707
(teléfonos auditivos)
Centro de Atendimento 08007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
001/08/2018 00:00:00 001/08/2018 00:00:00
001/08/2018 00:00:00 001/08/2018 00:00:00
001/08/2018 00:00:00

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PÁRA, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S.A., BANCO SANTANDER, BANESTE, BANRSUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPH,

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Julho/2018	10/08/2018	154,99

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 Alexandria Lúcio Duccaré inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bucero Ferreira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.899.841-18, do sinistro de DPVAT cobertura VALIDEZ da Vítima Bucero Ferreira Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.899.841-18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. 1030 PES

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>Mamanguá</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP <u>58038-460</u>

João Pessoa 27 agosto de 2018

Local e Data

Alexandria Lúcio Duccaré

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Ferreira da Silva,
RG nº 3.389.549 data de expedição 30/02/2012
Órgão SSDS - PB portador do CPF nº 090.298.684-83, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
2º Sérvo Juscelino de Aguiar, nº 58,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víma Cicero Ferreira Silva, cujo o condutor era
Cicero Ferreira Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 125 FAN ES

Ano: 2010/2011

Placa: PAG 3346/PB

Chassi: 9C2JG4520BR505260

Data do Acidente: 03/03/18

Local e Data: João Pessoa - PB 05/03/2018.

Jailson Ferreira da Silva *VIEIRA BATISTA*
Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Sal. Raimundo Vieira Batista - Notaria 1 / Bel, Rua Raimundo Vieira Batista - Bairro Centro

Rio de Janeiro/RJ - CEP 20050-010 - Rio de Janeiro - Telefones: (21) 2203-3000

Site: www.vieirabatista.com.br - E-mail: info@vieirabatista.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:

JAILSON FERREIRA DA SILVA*****

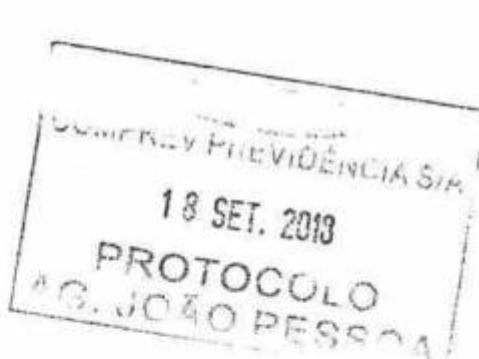
En test. da verdade. João Pessoa-PB 05/01/2018 14:28:00

Rikaley Almeida de Lima - ESCREVENTE AUTORIZADO

[2018-000846]EMUL:R\$ 49,35 FARFEN:R\$ 0,28 FEFU:R\$ 1,81 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AG660270-BP5

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



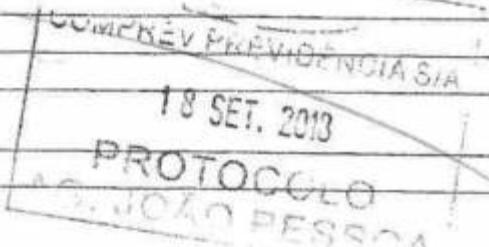
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 01/01/17

Nome: Bícerio Correia do Nascimento
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/19

QPD: Ex - (x) Leis p/ re (E)
 HDA: Paciente saiu sua casa no dia (E)
 Acabou de voltar para casa.
 Sem sintomas.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____ LUNAR PNEVIDÊNCIAS/A

SME: _____ 13 SET. 2013

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

PROTOCOLO
AGUJO DO PESSOA

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

01/01/18

Nome: <i>Bento Correia dos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>M. Sáude Ribeiro</i>			
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Ex lx rins froux (E)</i>		
<i>Ex2/3/4: MTT + Ex colo de</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>Ousmo</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>ANAT.</i>		<i>COMPRAV PREVIDÊNCIA S/A</i>
		<i>18 SET. 2013</i>
		<i>PROTÓCOLO</i>
		<i>ENCARTE PESQUISA</i>
Acidente durante Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Biópsia de Congelação:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente sob DNT
Colono prep.
Aberto

Aplicação de coagulo cirúrgico

Incisão:

Redutor rectal sob 2 mes-
mos no nível dorsal
na 2/3 esquerda e descendente

Achados:

Lx-Cx flespouc.

+
Fx 2/3/4º MTT

Conduta:

Redutor do 4º com o
queijo branco intermedio e di-
ctado de metáfora queijo
mole; fez-se um nódulo 2/3/4º
metáfora E. + rx controla-
siloso + curativo.

FIO K. nº 2,5.

COMPRA PREVIDENCIA S/A

18 SET. 2018

PROTOCOLO

AO 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, data 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

SISTEMA PREVIDÊNCIA SIA
18 SET. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53025-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: CICERO FERREIRA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

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

INF-MACOES 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 violência por: SENTIDO RIO DA SANTINHA*CAND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Silicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Clín. Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

COLISAO CARRO E MOTO COM ESCORIACOES TRAUMA EM NEGA DESMAIO SIC
4IE

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de acidente motorizado e trauma em
pe (), o edeme e deformidade do membro.
COMPREV PREVIDENCIA SIC

Diagnóstico

| Conduta

18 SET. 2013

PROTÓCOLO

Prescrição

| Horario da medicacao

18 SET. 2013

PROTÓCOLO

1. Tiritina SI mg/l as EV.
2. Dipirona SI mg/l as EV. 1600mg
3. Rx da fe
4. DHTO.

Med. L. Cunha
ADM. Adm. Clínica Geral
Data 11/04/13

2. ~~ANTICOAGULANTE~~

Paciente com fratura ilíaca de curvação
e fratura do 3º, 4º e 5º metatarso +
luzes de rotura poligonal.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Eair solicitação de solos no Bloco
para ser realizada a cirurgia necessária
para remoção da ferida toracica e apli-
cação de um enxerto ósseo anterolateral
que é procedimento que realizou
seja no bloco cirúrgico

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

CRM MEDICO
DR. LUCAS P. BERNARDO
6490

Dr. Lúcio Bernardo

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
18 SET. 2013
PREVIDÊNCIA SAI

DESTINO DO PACIENTE

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

Terezinha Ferreira Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Bícerio Correia do Nascimento 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: PF - (x) Leis p/ ele (E)

HDA: Presente desde 2006 fome no pe (E)
Acid. gástr. gástrico aumento em peso
desf. farto.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____ LUMINEX PNEVIDÊNCIAS/A

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

18 SET. 2013

PROTOCOLO

DR. JOSÉ PESSOA

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

01/01/18

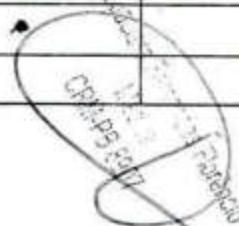
Nome: <i>Bento Correia dos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>M. Sáude ribeiro</i>			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Ex RX Rins froux @</i>		
<i>Ex 21319 - MTT + Ex coloide</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>O esmo</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>ANRT</i>		<i>COMPRAV PREVIDÊNCIA S/A</i>
		<i>18 SET. 2013</i>
		<i>PROTÓCOLO</i>
		<i>JOÃO PESSOA</i>
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não

Descreva:



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:

Breveite do PNT
Soflora pulmonar
Alergico

Incisão:

Redutor Alex no 2 mm.
nos no diafragma dorsal
na 113 espaco intercostal

Achados:

Cx-Cx flespau

+
Fx 213/4º MTT

Conduta:

Redutor do 4: com o
cureto prime intermolar e hi-
driar os retores curvando
lateral; fechos nos níveis 2/3/
4/5 retores E. + rx oestrole
silvo + curativo.

Fio E. nº 2,5.

LUMIPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 SET. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 01/01/18

MÉDICO/CRM



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.811.649 - 2ª VIA
	DATA DE EXPEDIÇÃO
01/06/2018	
NOME CÍCERO FERREIRA SILVA	
FILIAÇÃO CICERO ENEDINO DA SILVA MARIA DAS DORES FERREIRA SILVA	
NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB	DATA DE NASCIMENTO 20/08/1987
DOC ORIGEM CERT. NASC. N°11812 - LIV.A-11 - FLS.555 - CARTORIO B. DE SANTA ROSA-PB	
CPF 103.899.844-18	 João Pires - PPI Assistente Pessoal e Diretor
LEI Nº 7.783 DE 29/06/83	

UNIVERSITY PREVIDÊNCIA S/A



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
894056231

ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOCENCIAS EM MÍDIA P
2627718 GDF 76

CR 646.502.754-74 [21/06/1982]

RESGATADA
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE



Nº REGISTRO 01811269610

DATA 16/01/2013 DATA 29/06/2001

PERÍODO ACC Câmera D

AV. FAMÍLIA	BRASIL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	
Cidade: Rio Grande do Sul	
Bairro: Centro	
Número: 1234	
CEP: 90000-000	
Data: 16/01/2013	
Assinatura:	

PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231

Local: PERSONA, PR
Data: 17/01/2014
Rodrigo Cunha/EM
Assinatura:

65588156744
20027919595

RESGATADA
ALEXANDRE DE ARAÚJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

18 SET. 2013	18 SET. 2013
PROTÓCOLO	PROTÓCOLO
REGISTRO DE	REGISTRO DE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434198
Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

Cidade: João Pessoa
Data do acidente: 01/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink that reads "Marcelo Toledo Fernandes Terrigno".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434198
Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

Cidade: João Pessoa
Data do acidente: 01/01/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valorização 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:

Joelma Ferreira Silva
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Servente de Pedreiro CI RG nº 3.811.649.550/03,
CPF/MF nº 103.899.844-18, residente e domiciliado(a) à Rua
Manoel de Sá, s/n 1244-148 - gramame,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58069-554, telefone
(83) 9931055363 (83) 986634900.

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

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



COMPRA PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
de 20 18.

Xepicero Ferreira Silva

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341861/18

Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

CPF: 103.899.844-18

Data do acidente: 01/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO FERREIRA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341861/18

Número do Sinistro: 3180434198

Vítima: CICERO FERREIRA SILVA

Data do acidente: 01/01/2018

CPF: 103.899.844-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO FERREIRA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/09/2018

Data do cadastramento: 27/09/2018

Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 046.502.754-74

CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA