

---

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180432736**

Vitima: **JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **11/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180432736**.

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: **JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180432736**

Vitima: **JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **11/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180432736**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- 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](http://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**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180432736**

**Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 11/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

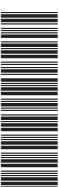
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180432736**      **Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS**  
**Data do Acidente: 11/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000002275-6**

Conta: **000010015596-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

118.199.964-25

Nome completo da vítima

Gellisson José dos Santos

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

Nome completo	Gellisson José dos Santos	CPF titular da conta	118.199.964-25	Profissão	Ricardo
Endereço	Rua Gilmar Henrique Correia	Número	273	Complemento	Casa
Bairro	Valentina	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email					Telefone (DDD) (83) 98708-8728

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinar uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (37)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input checked="" type="checkbox"/> SET. 2013	<input type="checkbox"/> BANCO	Name _____
AGÊNCIA NRO. _____	QDIA _____	D/V _____	NRO. _____
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

*Joaão Pessoa, 17 de Setembro de 2018*

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Cliente**

1º Titular

**JOELISSON JOSE DOS SANTOS**

Agência	Conta	Variação
2275-6	15.596-9	51

**Movimento**

Data	Base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
31/07/2018		Saldo Anterior		0	████████ C
03/08/2018	04	737-Juros	2275-6		████████ C
03/08/2018	05	737-Juros	2275-6		████████ C
08/08/2018	09	737-Juros	2275-6		████████ C
09/08/2018	10	737-Juros	2275-6		████████ C
13/08/2018	14	737-Juros	2275-6		████████ C
17/08/2018	19	737-Juros	2275-6		████████ C
<b>SALDO</b>					████████ C
<b>VALOR BLOQUEADO</b>					0,00 D
<b>DISPONÍVEL</b>					████████ D

**RENDIMENTOS:** SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC  
 SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

**Saldo por dia base**

Dia base	Saldo
04	██████
05	██████
09	██████
10	██████
14	██████
19	██████
28	██████

**OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JÁ.**

Impresso em: 20/08/2018 às: 10:48:51

 Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001  
 Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722  
 Ouvidoria BB - 0800 729 5678  
 Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088




**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07202.01.2018.1.01.012**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07202.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 00:09 horas do dia 15 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12<sup>a</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Gonçalo dos Santos**, conhecido(a) por Gonçalo, CPF nº 033.435.654-74, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Iolanda Antônia Silva dos Santos e Gonçalo Sebastião dos Santos, natural de Mari/PB, nascido(a) em 16/08/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Alvaro Henrique Correia, Nº 273, complemento CASA, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Perto da Padadria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb Que Liga As Cidades de Caldas Brandão e Mari, Rodovia Pb, Proximo a Loja de Roupas "40 Graus". Caldas Brandão/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/07/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) Moto, modelo CG 160 TITAN EX, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA. ano 2015/2015, placa QFU-7929, chassi 9C2KC2210GR017461, renavam 0107116286-9, características gerais: N°. C.r.l.v.: 013747752283; n°. P.r.t: 20170800010362-6; n°. Lacre: 0042997658; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Mari/pb; alienação Fiduciária; Rest. Ben. Tributário; em Nome de Moisés Gonçalo dos Santos.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

O SEU FILHO MENOR DE NOME JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS, NASCIDO EM 22/03/2001, COM 17 ANOS DE IDADE, PILOTEAVA O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO MESMO E BATEU EM UMA MURRETA E QUE MARGEIA A PISTA, SENDO SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI, ONDE SOFREU AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA ASSINADO PELO MÉDICO EDUARDO PAZ LYRA, C.R.M/PB 11487 NO DIA 22/07/2018.

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.

*[Assinatura]*  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Delegacia 12ª da Capital  
Data: 18/07/2018

*[Assinatura]*

18 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



João Pessoa/PB, 15 de agosto de 2018.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

Gonçalo dos Santos  
18 SET. 2018  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

  
JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS  
Noticiante



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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Jairisson José dos Santos	118.749.964-38	11/07/2018

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name 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 Lider 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.

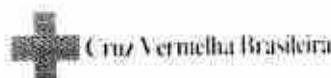
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a TUTELA MÉDICA, S.A., médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

18 SET. 2018  
PROTOCOLO  
C. JOSÉ PESSOA

Jairisson 17 de Setembro de 2018  
Local e Data

Jairisson José dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
SANTO  
DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1093911



<b>Identificação do paciente</b>				
ID <b>1305567</b>	Nome <b>JOELISSON JOSE DOS SANTOS</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento: <b>22/03/2001</b>	Idade <b>17 anos 5 meses 22 dias</b>	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS</b>			Pai <b>JOSE GONCALO DOS SANTOS</b>	
Escolaridade:			Responsável (Parentesco) <b>MOISES GONCALO - TIO (A)</b>	
DDD Móvel <b>83</b>	Fone Móvel <b>98239089</b>			DDD Fixo
Type documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>	Número documento <b>4081173</b>			Nº Cns
Local de procedência <b>MARI</b>				Tipo <b>MUNICIPIO</b>
Email	Naturalidade			UF <b>PB</b>
<b>CBO/R</b>				
<b>Endereço</b>				
CEP <b>58345000</b>	Município de residência <b>MARI</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>JOAO FERNANDES BASTO</b>	
Número <b>174</b>	Complemento			Bairro <b>SEGUNDO</b>
<b>Admissão</b>				
Data e Hora <b>11/07/2018 17:23:30</b>	Número da pulseira <b>1000059888878</b>			Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente <b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>			Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>AMBULANCIA</b>	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA <b>X mmHg</b>	P脉	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
<b>Raio X [ ]</b>	<b>Sangue [ ]</b>	<b>Urina [ ]</b>	<b>TC [ ]</b>	<b>Liquor [ ]</b>
<b>ECG [ ]</b>				
<b>Ultrasonografia [ ]</b>				
Dados clínicos <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>COMPRA PREVIDÊNCIA SIM</b>  <b>18 SET. 2018</b>  <b>PROTÓCOLO</b>  <b>^G. JOÃO RESENDE</b> </div>				
Diagnóstico <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: right;"> <b>CD</b> </div>				
Atendido por <b>FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: right;"> <b>Tempo</b>  <b>45seg</b> </div>				

Imprimir

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado por lei de estimação.

Avise-nos para sempre pagamentos via rede bancária ou da internet através do número 0800-812-282-782.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-400  
CNPJ 09.293.182/0001-43 - Inscrição Estadual: 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

EDNALVA DO NASCIMENTO MAGALHÃES  
RUA ALVARO HENRIQUE CORRÊA 273  
JOÃO PESSOA

58067390

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/403401-3

### REFERÊNCIA

SET/2018

### APRESENTAÇÃO

13/09/2018

### CONSUMO

65

### VENCIMENTO

20/09/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 57,11

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



EDNALVA DO NASCIMENTO MAGALHÃES

Rotativo: 07-005-505-4760

63630000000-4 57110149000-1 04034012018-3 09400005019-8



### VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

### MATRÍCULA

20/09/2018

R\$ 57,11

403401-2018-09-4



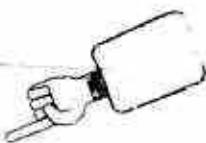
18 SET. 2018  
PROTOCOLO

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MOISES GONCALO DOS SANTOS,  
RG nº 3110783, data de expedição 1/1,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 078.323.954-13, com  
domicílio na cidade de CARNAUBAIS, no Estado de  
PARAÍBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Honório P. dos Santos, nº 115,  
complemento Casa 8, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Gellisson José dos Santos cujo o condutor era  
Gellisson José dos Santos.

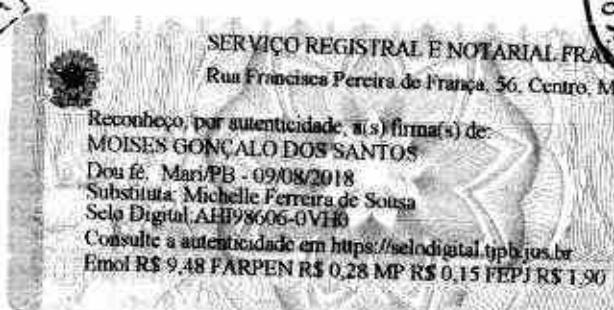
Veículo: moto/cicletas  
Modelo: KAWASAKI 160 titânio EX  
Ano: 2015  
Placa: BR 3929/13  
Chassi: 9E2KC22J96L017461  
Data do Acidente: 11/07/2018  
Local e Data: MARIA PB, 09/08/2018

Moises Goncalo dos Santos  
Assinatura do Declarante



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

18 SET 2018  
SERVIÇO DE EVIDENCIAS  
PROTÓCOLO  
AC. JUÍZO PESSOA



Michelle Ferreira de Sousa  
Substituta



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ORT  
M

# Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

## PRONTUÁRIO

Nº: 2018.07.00454

12.07.18

~~REVISÃO~~

NOME DO PACIENTE:

Joelma José dos Santos

18 SET. 2018

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

ENFERMARIA: 02 LEITO: 117

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

Ficha Nr: 144083 Atd: Nao Regulac  
Data: 12/07/2018  
Hora: 09:11:04  
Recepção: NARJARA DOS SANTOS ALV  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2018.07.001454

CMS: 709608667099174 Sexo: M IDENTIDADE: 4081173 Fone: 998239089

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 22/03/2001 Id: 17 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES BASTOS, 174

Bairro: SILVINO COSTA Cidade: MARI UF :PB

Mae: ELISANGELA CRISTINA DOS SANTOS

Pai: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Raca: PARDIA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

F.: TIO MOISES

Te / oc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. / dencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Tipo de esporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 15/

Vitima de violência por: NA BR. ENTRE MARI E CALDAS BRANDAO

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Checado

Q. na Principal

[ ] Vomito

PACTUACAO DE FRATURA 2 MTCD FECHADO

Observacao 18 SET. 2018

NEGA ALEGRIAS

PROTOCOLO

^ G. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)  
Paciente transferido do Hosp a Trauma - JP, vítima de  
acidente automobilístico referiu dor em mão, joelho e pt ①  
com ferimentos leves

Diagnóstico

| Conduta

(R)

Ex 2º MTCD ①

Prescrição

| Horário da medicacão

- Internação Hosp pt TTO emergencial

Dr. Fellipe Bezerra  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 11126

+ Dr. Thales  
Faria.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

INSTITUTO NACIONAL DE  
SEGURANÇA SOCIAL  
18 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
A.S. J.C. PESSOA

Reservado p/ liberaçao

### Assinatura da Enfermeira

#### **PROCEDIMENTO REALIZADO**

- DESTINO DO PACIENTE**

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

~~Mr. & Mrs. George W. Good~~

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo da Medida



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/07/18

Nome: Melvin José dos Santos  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 7/1

QPD:

HDA: Hb + Coagulação com reação de Máia erguida.  
(+) frouxamento recto contínuo com reação de  
pratela com (+) 20 hr de evolução.

Medicações em uso: Norge

18 SET. 2018

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

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 [ ]Diarreia [ ]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: GGG 15 \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: NON \_\_\_\_\_ACV: NON \_\_\_\_\_AR: NON \_\_\_\_\_ABD: NON \_\_\_\_\_AGU: NON \_\_\_\_\_SME: NON \_\_\_\_\_SN: Nenhum achado probável \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas:

- 1 Fibroblasta da 20 MTC enquistado.
- 2 Fumante com corte com joelho com + 20m

Conduta: de evolução.CO: Internação Hep p/ TTO cirúrgico.CO orientada para Dr. Thales Farjão



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Lázaro José de Souza</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Fábio</i>			1º Assistente:	<i>Dr. Renato Soeiro</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Neto</i>	Tipo Anestesia: <i>G.P.B.</i>			Horário: I:	T:

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

**CID**

*Fistula recto-uretral*

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

**CID**

*Quem*

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

**CÓDIGO**

*Ressecção da fistula*

*REVISÃO DA FISTULA  
18 SET. 2013  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA*

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:**

Aberto e ext

**Incisão:**

Almeida ms

**Achados:**

Fistula metálica

**Conduta:**

Retirar fistula

Fis. e/ fisi. (R)

Sit Almeida ext

**Fechamento:****OBS:**

Dr. Fidias G. F. Borborema

CRM-PB: 6396

CRM-PF: 14854

Data: 21/07/11

MÉDICO/CRM

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOELISSON JOSE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 17	SEXO: <i>MASC</i>	COR:	CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <i>12/07/2018</i>		DATA DE ALTA: <i>22/07/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL:</b> <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MÃO DIREITA</i>					CID: <i>S.62.0</i>
<b>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:</b> <i>O mesmo</i>					
<b>OUTROS DIAGNÓSTICOS:</b>					
<b>P. - EXAMES:</b> <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
<b>TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:</b>					
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA:</b>					
<b>INFECÇÃO DE F.O.:</b> ( ) SIM    (X) NÃO			<b>COLETA DE MATERIAL:</b> ( ) SIM    ( ) NÃO		
<b>RESULTADO BACTERIOLOGIA:</b>					
<b>CONDIÇÕES DE ALTA:</b> <b>(X) MELHORADO</b>		<b>( ) REMOVIDO</b>	<b>( ) A PEDIDO</b>	<b>( ) CURADO</b>	<b>( )</b>
<b>ÓBITO</b>					

### **RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicacão antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

### **ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIE:** *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.*

**REPOUSO:** *Relativo em casa por 15 dias.*

*Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.*

*Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.*

*18 SET. 2018*

*PROTOCOLO*  
*JOÃO PESSOA*

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** *Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

### **MEDICAÇÕES PARA CASA:** *PROFENTID, CEFALEXINA*

**RETORNO:** *Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS*

22/07/2018

**DATA**

**ASS. MÉDICO / C.R.M**



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

<b>NOME JOELISSON JOSE DOS SANTOS</b>					<b>PRONTUÁRIO N°</b>	
<b>IDADE</b> 17	<b>SEXO</b> MASC	<b>COR</b>	<b>CLÍNICA</b> <i>Ortopedia</i>		<b>ENF.</b>	<b>LEITO</b>
<b>DATA DE ADMISSÃO</b> 12/07/2018		<b>DATA DE ALTA</b> 22/07/2018			<b>TEMPO DE PERMANÊNCIA</b>	
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <i>Fratura do 2º Metacarpo da Mão Direita</i>						<b>CID</b> <i>S.62.0</i>
<b>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b> <i>O mesmo</i>						
<b>OUTROS DIAGNÓSTICOS</b>						
<b>PRINCIPAIS EXAMES</b> <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>						
<b>TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA</b>						
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>						
<b>INFECÇÃO DE F.O.</b> ( ) SIM (X) NÃO		18 SET. 2018			<b>COLETA DE MATERIAL</b> ( ) SIM ( ) NÃO	
<b>RESULTADO BACTERIOLOGIA</b>						
<b>CONDIÇÕES DE ALTA</b> (X) MELHORADO		<b>REMOVIDO</b>	<b>1º PEDIDO</b>	<b>2º PEDIDO</b>	<b>CURADO</b>	
<b>ÓBITO</b>						

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2º metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** PROFENID, CEFALEXINA

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. FIDIAS

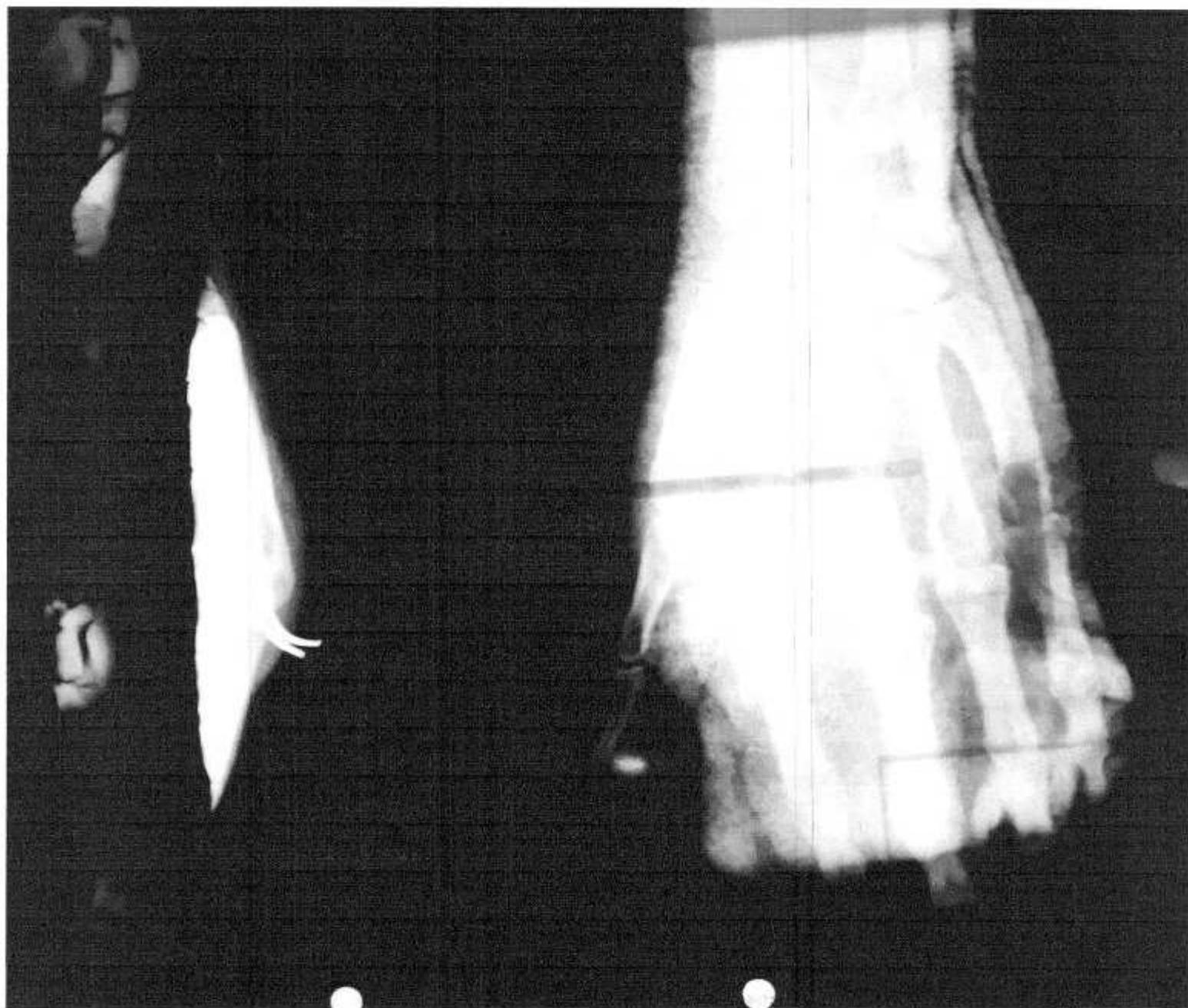
Eduardo P. Lyra  
Médico  
CRM-PB 11887

22/07/2018

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
10-02-2018  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
10 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROSE PREVIDENCIAS/A

18 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>JOELISSON JOSE DOS SANTOS</b>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE <b>17</b>	SEXO <b>MASC</b>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>12/07/2018</b>		DATA DE ALTA <b>22/07/2018</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b> <i>Fratura DO 2 Metacarpo DA MÃO DIREITA</i>					CID <b>S.62.0</b>
<b>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b> <i>O mesmo</i>					
<b>OUTROS DIAGNÓSTICOS</b>					
<b>P. CIPAIOS EXAMES</b> <i>Rx do Metacarpo demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
<b>TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA</b>					
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>					
<b>INFECÇÃO DE F.O.</b> ( ) SIM ( X ) NÃO			<b>COLETA DE MATERIAL</b> ( ) SIM ( ) NÃO		
<b>RESULTADO BACTERIOLOGIA</b>					
<b>CONDIÇÕES DE ALTA</b> ( X ) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
<b>ÓBITO</b>					

### **RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do 2 metacarpo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### **ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIE** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *PROFENID , CEFALEXINA*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **7** dias para revisão. Dr. FIDIAS

**22/07/2018**

**DATA**

**ASS. MÉDICO / C.R.M**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESALTO GERAL	4.081.173
DATA DE EXPEDIÇÃO	14/08/2012
NOME JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS	
Pais: JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS Mãe: ELISÂNGELA CRISTINA DOS SANTOS	
RESIDÊNCIA	
SANTA RITA-PB	
DOC. SISBEU	
NASC. N	20087 FLS. 18 LIV. A 21
CARTÓRIO MARÍ	PB
118.199-964-25	
Assinatura do Titular ou de seu procurado	
LEIA 719 DE 2012	



18 SET. 2013  
PROTÓCOLO  
G. JOÃO PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
Ministério das Cidades

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

PB Nº 013747752283 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DENATRAN

DETAN - PB	Nº 013747752283
CERTIFICADO DE REGISTRO 251756818362 VÉHICULO	VIA CDB REVALIDADA
1 0107116286-9	00/00000000 2017
MOISES GONCALO DOS SANTOS	NOME

MARQUES

07832385413

QF07929/PB

NOVO

9C2KC2210GR017461

PLACA

QF07929/PB

EXPIRAÇÃO

2017

DATA EMISSÃO

2017

COMBUSTÍVEL

ALCO/GÁSOL

EXPLOSIVO

0

VEÍCULO

HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO/FAB.

2015

ANO/MOD.

9

CHASSI

9C2KC2210GR017461

CATEGORIA

VERMELHA

COND. PREDOMINANTE

VERMELHA

VEÍCULOS

1

VENG. CONTR. UNICA

00/00/0000

VENG. OUTRAS

2\*

PREMIO (R\$)

3\*

PREMIO (R\$)

0

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

07832385413

QF07929/PB

PLACA

QF07929/PB

EXPIRAÇÃO

2017

DATA EMISSÃO

2017

PERIODICIDADE

ANUAL

VALOR (R\$)

3\*

VALOR (R\$)

0

**SEGURADORA LÍDER DPVAT**

CNPJ 09.248.660/0001-04

AGO / 2017

11622

11622-1039262-20170919

14303

14303

18 SET. 2013

PROTÓCOLO  
C. JC 40 PEG

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180432736      **Cidade:** Caldas Brandão      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELISSON JOSE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 11/07/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ 4

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RECIBIDO	2.105.709 - 2º VIA
DATA	21/07/2009
NAME	JOSÉ GONÇALO DOS SANTOS
MEMÓRIO GONÇALO SEBASTIÃO DOS SANTOS	
IOLANDA ANTÔNIA SILVA DOS SANTOS	
MATRÍCULAS	
MARI - PB	
DOC. GRAMAM N. 302 FLS. 0014 LIV. B AUX 2	
CARTÓRIO MARI - PB	
CEP	033.435.654-74
DATA PRAZO	16/08/1975
ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇOS	
LEWIS 18 DE 2006	

Representante

COMPRE & PREVIDÊNCIA SIA	
18 SET. 2013	
PROTOCOLO	
AÇÃO PESSOA	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180432736      **Cidade:** Caldas Brandão      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELISSON JOSE DOS SANTOS      **Data do acidente:** 11/07/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ 4

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340697/18

Número do Sinistro: 3180432736

Vítima: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

CPF: 118.199.964-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/07/2018

Titular do CPF: JOELISSON JOSE DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/12/2018  
Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS  
CPF: 118.199.964-25

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

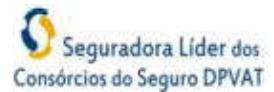
---

JOELISSON JOSE DOS SANTOS

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340697/18

**Vítima:** JOELISSON JOSE DOS SANTOS

**CPF:** 118.199.964-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/07/2018

**Titular do CPF:** JOELISSON JOSE DOS SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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  
DUT  
Outros

**JOELISSON JOSE DOS SANTOS : 118.199.964-25**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018  
Nome: JOELISSON JOSE DOS SANTOS  
CPF: 118.199.964-25

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

JOELISSON JOSE DOS SANTOS

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	118.199.964-25	JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS		CPF: 118.199.964-25	
Profissão: RENSO	Endereço: AV ALVARO HENRIQUE CORREIA	Número: 273	Complemento:
Bairro: VALENTINA	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58064-390
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 98708-7728		

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

**DADOS CADASTRAIS**  
**RENDA MENSAL:**  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>LÍNEA PREVIDÊNCIA S.A.</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <u>2275</u> CONTA: <u>15596</u> 9
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: <u>15 JAH 2010</u> CONTA: <u>1000000000000000</u>
	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>João Pessoa - PB. 15.01.2019</u> Nome: _____ CPF: _____
--	--

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

✓ JOELISSON JOSÉ DOS SANTOS  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

✓ JANÍ GARCIA DOS SANTOS  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.