

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FILIPÍ FELIX NUNES**

Nº Sinistro: **3180473188**
Vitima: **FILIPÍ FELIX NUNES**
Data do Acidente: **17/04/2018**
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 3180473188**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13485784



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

096 591 114-44

Assinatura completa da vítima

Filipe Felix Nunes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Filipe Felix Nunes

CPF titular da conta

096 591 114-44

Profissão

Recusado

Endereço

Rua Tie Sangues

Número

31

Complemento

Casa B

Bairro

Paratibe

Cidade

João Pessoa

Estado

PB

Telefone (DDD)

88062-314

Email

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2018

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ 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

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

CONTA

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

Nº

CONTA

Nº

Nº

DV

Nº

Nº

(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.

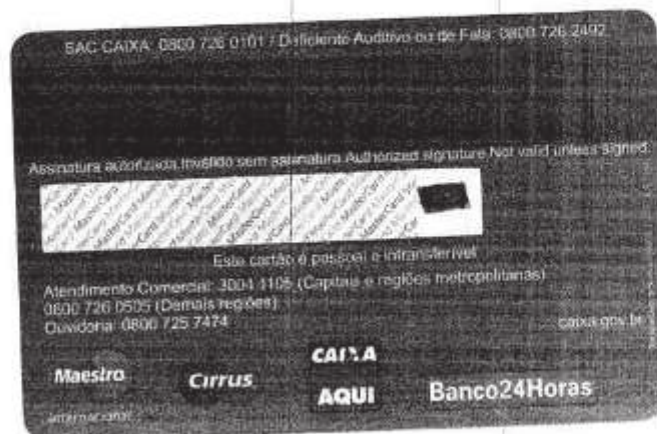
João Pessoa 08 de Outubro de 2018

Local e Data

x Filipe Felix Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

096 591 114-44

Assinatura completa da vítima

Filipe Felix Nunes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Filipe Felix Nunes

CPF titular da conta

096 591 114-44

Profissão

Recurso

Endereço

Rua Tie Sangues

Número

31

Complemento

Casa B

Bairro

Paratibe

Cidade

João Pessoa

Estado

PB

Telefone (DDD)

88062-314

Email

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2018

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ 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

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

DV

AGÊNCIA

Nº

0729

DV

CONTA

Nº

29280

DV

5

(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.

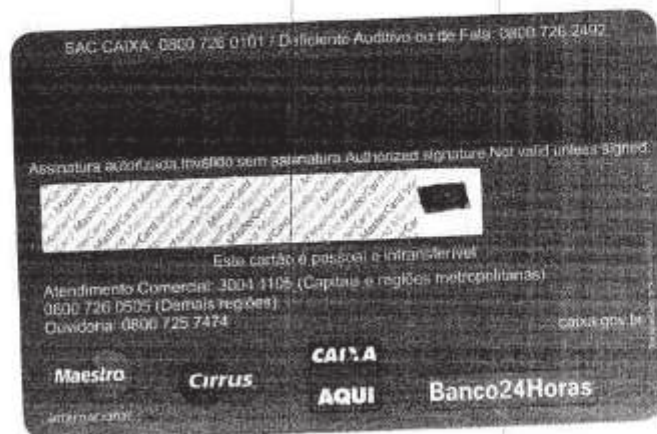
João Pessoa 08 de Outubro de 2018

Local e Data

x Felipe Felix Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01787.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01787.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 19 de setembro 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 **Filipi Felix Nunes**, CPF nº 096.591.114-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Ana Maria Felix Nunes e Roberto Carlos Nunes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/03/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Tié-sangue, Nº 31, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Material de Construção Saturno, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-1056.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Emilia Mendonça Gomes, Colégio Cpdc, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/04/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

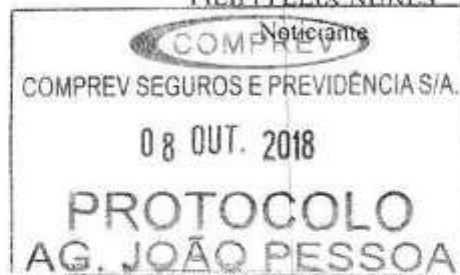
QUE, trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/NXR 160 BROS, ano e modelo: 2017 de cor branca, placa: QFT 1565/PB, Chassi nº 9C2KD1000HR017439, registrado em nome de Cleones Barbosa dos Santos Silva, CPF nº 087.420.944-70; QUE segundo o notificante seguia normalmente quando o veículo em que estava caiu em um buraco, fazendo com que o notificante viesse a cair ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 31/07/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) 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, 19 de setembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FILIPI FELIX NUNES



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

Filipe Felix Nunes

CPF da Vítima

096591114-44

Data do Acidente

17/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

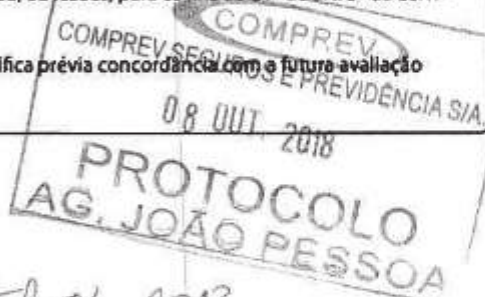
☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



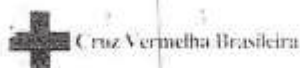
João Pessoa 08 de Outubro de 2018

Local e Data

Filipe Felix Nunes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1076214



Identificação do paciente						
ID 1259350	Nome FILIPI FELIX NUNES		Sexo Masculino			
Data de nascimento 02/03/1991	Idade 27 anos 1 mes 15 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe ANA MARIA FELIX NUNES	Pai ROBERTO CARLOS NUNES					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A NAMORADA - MARIA CAROLINA SINDOLFO LOPES - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986285901	DDD Fixo 83	Fone Fixo 87813061			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3244873	Nº Cns 706008887687947				
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCÍSIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE		UF PB			
Enrtil	Naturalidade JOAO PESSOA	CBQ/R				
Endereço						
CEP 58062333	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Josinaldo Belo da Silva			
Número 432	Complemento APART 102	Bairro Paratibe				
Admissão						
Data e Hora 17/04/2018 00:12:56	Número da pulseira 1000006572036	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CD
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						

Imprimir



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FILIPI FELIX NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000029280-5

Nr. da Autenticação 2ADFABA8F1277BFA

RAQUEL FELIX NUNES
RUA TRÊS ANJOS, 31 / CS B - PARATIBO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 5062314-0 (AO: 1)
Emissão: 08/09/2018 Referência: Ago / 2018
Código Subcl: RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFASICO R-220 AM-5
Roteiro 15 - 5 - 331 - 3520 Nº medidor: 000045 035



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: Paranaguá, Estado: Paraná - CEP: 83051-100
CNPJ: 09.986.183/0001-40 - Ins. Est. 15.045.320-0

Nº da Fatura / Conta de Energia: 51581341-1 15581341
Ced. para Dds. Automática: 50015581341

Atendimento: 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2018	30/08/2018	28/09/2018	772.195.346-0 Inc. Et
UC (Unidade Consumidora):			5/1558134-1
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
31/07/18	12130	30/08/18	13303				189		32
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alq.	(cmo/Pd)	Base Calc.	(cmo/Pd)	Cotado (R\$)
			Total (R\$)	ICMS (R\$)	IGMS		Pot. (cmo/Pd)	(1,0045%)	(4,9355%)
0801	Consumo em kWh	188.000	0,750310	137,38	137,38	27	37,06	137,38	1,48 0,68
0801	Adq. S. Vermeja			13,87	13,87	27	3,88	13,87	0,15 0,68
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
1807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
1804	JUROS DE MORA 07/2018			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0905	MULTA 07/2018			2,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 189 18 151,03 40,77 151,03 1,53 7,54

Média últimos meses (kWh) 189 **VENCIMENTO 06/09/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 160,19**

Histórico de Consumo (kWh)											
144	170	209	197	187	235	227	210	211	185	199	194
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO AO FISCO
1f9d.5186.d8d5.cfff.6cf3.15b5.d47f.d284.

Indicadores de Qualidade			
Indicador	Limite de ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCVENSAL	6,31	0,03	NOMINAL 220
DCV TRIMESTRAL	10,82		
DCV ANUAL	21,26		
FCVENSAL	3,33	0,00	CONTRATADA 302
FCV TRIMESTRAL	6,63		LIMITE SUPERIOR 220
FCV ANUAL	13,20		
DVC	3,03	0,00	
DCR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de For. de Energia PD	35,14	21,95
Compra de Energia	10,93	6,82
Serviço de Transmissão	4,29	2,68
Encargos Setoriais	4,73	2,95
Imposto de Renda e Encargos	58,10	36,29
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	160,19	100,00

Valor em USD (R\$ 6/2018) R\$ 50,08

ATENÇÃO Faturas em atraso
Requisito Tensão - Vigência 25/08/18 - Res. ANEEL nº 2.436/18 - Tensão 13,41% Média
Requisito Tensão - Vigência 25/08/18 - Res. ANEEL nº 2.436/18 - Tensão 15,75% Média

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Energisa

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 RELACIONTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 05 - MANOABERA
 JOAO PESSOA / PB CEP: 55006104 (A3-1)

Empresa: 22/05/2018 Referência: Mai / 2018
 Classe/Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL VONOTÁBICO Nº medidor: 2000591825
 Rotômetro: 12-5-392-493

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. 200, 1º-25 - Centro Regional - João Pessoa/PB - CEP: 55001-200
 CNPJ: 08.056.102/0001-90 - Ins. Est. 16.015.675-0

Nota Fiscal: Nota de Energia Elétrica nº 0014222445
 Cid. Imp. Sit. Automático: 0014222445

Mai / 2018 **22/05/2018** **21/06/2018** **1094222445**

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Baixar o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet.
 Você terá acesso à agenda de leitura de contas, histórico de faturas, dados,
 e informações sobre fatura de energia e diversos outros serviços.
 Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite estas
 facilidades.

PR CDR

Data	Leitura	Data	Leitura					
22/04/18	1827	22/05/18	2046		1	201		22

CD	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	Coef. Red.	Valor Base Red.	Coef. Inc.	Valor Base Inc.	Coef. Des.	Valor Base Des.	Coef. Des.	Valor Base Des.	Coef. Des.	Valor Base Des.
0001	Consumo energia kWh	221,300	0,591470	131,81	100,00	131,81	100,00	131,81	0,54	4,36				
0001	Ass. S. Amortiz.	21,2	2,12	45,00	100,00	45,00	100,00	45,00	0,00	0,00				
0001	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	1,00	1,00	1,00	100,00	1,00	100,00	1,00	0,00	0,00				

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe Felipe Nunes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 096.591.44-44 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Felipe Felipe Nunes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.591.44-44, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Agente Fiscal Jose E. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	

João Pessoa de setembro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Cleones Barbosa dos Santos Silva,
RG nº 3121654, data de expedição 15/09/2009
Órgão SSPB, portador do CPF nº 08742094470, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Falcão Silva de Lima, nº 722,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Silipi Felix Nunes, cujo o condutor era
Silipi Felix Nunes.

Veículo: moto
Modelo: HONDA/NXR 160 BROS
Ano: 2017
Placa: QFT 1565/PB
Chassi: 9C2KB1000HRD17439
Data do Acidente: 17-04-18
Local e Data: João Pessoa, 13-09-18

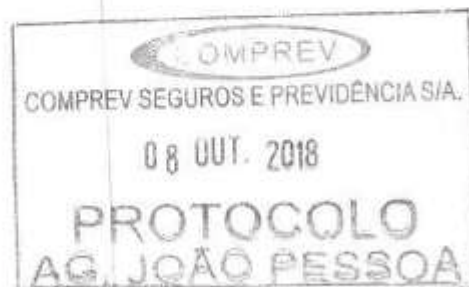
Cleones Barbosa dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

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

 **Cartório Garibaldi**
9º Ofício de Notas

Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tamborizinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (CLEONES
BARBOSA DOS SANTOS SILVA(110133)). Em test. de verdade:
Dou fé, João Pessoa-PB 13/09/2018 13:00:21.
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Vlr. R\$12,10, Fepj R\$1,89, Farpem R\$0,28, ISS R\$0,47
Operador: NIVALCI, Selo Digital: AHL61201-73AE - Consultar
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FELIPI FELIX NUNES
DADOS DE NASCIMENTO 02/03/91
NOME DA MÃE ANA MARIA FELIX NUNES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.076.214
Nº PRONTUÁRIO 108.266
DATA DO ATENDIMENTO 17/04/2018
HORA DO ATENDIMENTO 00:12
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO D
CID 10 S 42.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortotrauma, para internação e tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal, refere que sua moto bateu em buraco (boca de lobo) (SIC), apresentando imobilização com tala gessada. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do cotovelo D
RX do cotovelo D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade inferior (côndio umeral) à TC e ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Milton Barbosa e Dr. Tibirica Medeiros da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 15/05/18
DATA DA EMISSÃO: 31/07/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDIA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente FILIPPE FELIX NUNES	BAE 1076214	Data/Hora Entrada 17/04/2018 00:12:56	Data Baixa
Data de nascimento 02/03/1991	Idade 27a 1m 15d	Sexo Masculino	CNS 706008887687947
Mãe ANA MARIA FELIX NUNES			Telefone de Contato (83) 986285901 / (83) 87813061
Endereço Josinaldo Belo da Silva, 432 - APART 102	Bairro Paratibe	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO CASTRO DO AMARAL	Nº Cons. Regional 4847/PB
Data/Hora Classificação 17/04/2018 00:17:12		Data/Hora Prescrição 17/04/2018 00:36:06	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMINHA DE ACORDO COM PACTUAÇÃO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ÚMERO DISTAL. REFERE QUE SUA MOTO BATEU NUM BURACO DE BOCA DE LOBO (SIC). IMOBILIZADO COM TALA AXILO-PALMAR E ENCAMINHAMENTO AFIRMA FRATURA CHADA DO COTOVELO. RX REVELA FRATURA DO CONDILO UMERAL MEDIAL. INTERNAÇÃO INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

Seletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 17/04/2018 06:13:09

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 15/05/2018 06:56:43

Paciente FILIPPI FELIX NUNES	Boletim de Atendimento 1076214	Data/Hora Entrada 17/04/2018 00:12:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/03/1991	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 706008887687947
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108266	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 15/05/2018 06:46:44)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

paciente com fratura de umero distal direito.

Paciente estável, sem queixas.

Feito cirurgia dia 13/05/2018

cd: alta hospitalar orientado por Dr. Heisenberg

Seção: POSTO IB - ENF 15 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA**ALTA MÉDICA**

Número Conselho: 10075

ALTA MÉDICA

USUÁRIO:

DATA E HORA:

MOTIVO DE ALTA:

CONDUTA:

BRUNO DE LUNA ROMA**15/05/2018 06:53:03****ALTA HOSPITALAR****TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO**



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 20/04/2018 10:52:31

Paciente FILIP FÉLIX NUNES	Boletim de Atendimento 1076214		Data/Hora Entrada 17/04/2018 00:12:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/03/1991	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 706008887687947	Prontuário 108266
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 20/04/2018 10:52:04)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

paciente com fratura de umero distal direito (supra inert condilar)

laboratorio ok

cd: solicitada placa anatomica de umero distal

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 14

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 19/04/2018 07:43:45

Paciente FILIP FÉLIX NUNES	Boletim de Atendimento 1076214		Data/Hora Entrada 17/04/2018 00:12:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/03/1991	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 706008887687947	Prontuário 108266
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MÉDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 19/04/2018 07:43:40)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

paciente com fratura de umero distal direito (supra inert condilar)

laboratorio ok

cd: solicitada placa anatomica de umero distal

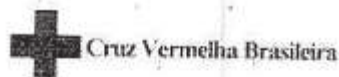
Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 14

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson Delgado Tinoco
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.140 e 7.000.000/PA
CNPJ 14.140.000/PA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 18/04/2018 10:22:06

Paciente FILIP FÉLIX NUNES		Boletim de Atendimento 1076214		Data/Hora Entrada 17/04/2018 00:12:56	Data/Hora Saída
Data de nascimento 02/03/1991	Idade 27	Sexo Masculino		CNS 706008887687947	Prontuário 108266
Tempo de Internação		Convênio SUS			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 18/04/2018 10:22:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura de umero distal direito (supra inert condilar)
laboratorio ok
cd: solicito reconstrução da tc
solicito placa anatomica de umero distal

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 14

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7296

18 ABR 2018



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

4457-8/2014

Número: FILIPPE Félix Nunes

Paciente:

Procedimento: TRAT. CIRURGICO FRATURA UBERO DISTA D

Prontuário: 1076214

Data: 13 / 05 18

Data: 13 / 05 18

SUS: Não SUS ()

Médico: Dr. TIBIRÍ SP TDA = MILTON

Reposição:

Cala Pronta:

FORNecedor	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	DISPENSACÃO CME	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA
TM CIRURGION	- PLACA BLOQUEADORA MEDIAL UBERO 3X3 (E)		01		
	- PLACA BLOQUEADORA POSTERIO INTERNA UBERO 3X3 (E)		01		
	- PARAFUSO ESPALHOSE, Nº 50 ROSCA PORCIEL 3.15		01		
	- PARAFUSO BLOQUEIO Nº 2.5 Nº 16.04 / Nº 12.01		01		
	- CX. 3.15 PARA PEG-TRACIMENTOS		01		
	- CX. 3.15 BLOQUEADORA VOLFIX		01		
TM CIRURGION	- PARAF. CORTEIX AUTOCURANTE 3.15. Nº 28.01		02		
	- PARAF. CORTEIX II 3.15 Nº 3.1-01		02		
	- PARAF. AUTOCURANTE BLOQUEADORA 3.15 Nº 20.01		06		
	- Nº 22.01 / 26.01 / 28.01 / 30.01 / 32.01				
RESISTANCE FIO KISTAMMER Nº 2.0 - 02 CORAMPO					
FORNecedor	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CODIGO SUS	MARCA	
Ugaon	ACOLITAS DE PLEXO "A 50"	01			

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Andison de Carvalho
Enfermeiro
Gestor de Qualidade

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

COMPREV

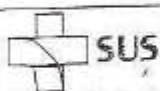
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

08 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura: Anderson 10/07/18
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

FINGI APC 013-1



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

A EETSHL

2 - CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FILIPPE FELIX NUNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1076214

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS CPF

AUTORIZAÇÃO

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TM Cirurgião

- CX 3,5 BLOQUEADA VOLTIX
- CX 3,5 BLOQUEADA D/ PEO FRAGMENTOS
- PLACA BLOQUEADA MEDIAL UMEMO 3X3 (E) 01
- PLACA BLOQUEADA POSTEROLATERAL UMEMO 3X5 (E) 01
- PARAF. ESPORT. JOSE Nº 50 - 01 ROSCA POCIAL 3,5
- PARAF. BLOQUEADO 2,5 Nº 16 - 01 / Nº 12 - 01 = 02
- PARAF. CORTICAL AUTO ROSQUEANTE 3,5 Nº 28 - 01 / 34 - 01 = 02
- PARAF. AUTO ROSQUEANTE 2,5 Nº 20 - 01 / 22 - 01 / 26 - 01 / 28 - 01 / 30 - 01 / 32 - 01

01 AGULHA BLOQUEIO (V) 01

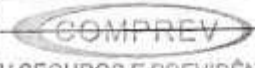
TOTAL 06

13/05/18

Nome: Filipe Felix Nunes BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: RAFI Fx Unco distal D.
 Cirurgião: Dr Milton Barbosa 1º Assistente: Dr Tiberius
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx Unco distal D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAFI</u>	


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 1/1/1

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1^o em DVH *em posição ventral*
- *Antesepio + Antisepio + Campos*

Incisão:

- *Incisão Posterior + dissecção por plano*

Achados:

Grande quantidade de fibrose

Conduta:

- *Realizada Osteotomia de olecrano para acesso a fratura*
- *Redução dos fragmentos após coactomia*
- *Fixação com Placa bloqueada anatômica de Unica distal lateral e medial + parafusos de bloqueio*
- *Realizada redução de olecrano + fixação com 2 fios K + fio de Colagen (Linha de Tensão)*

Fechamento:

- *Sutura por plano*
- *Curativos*


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Observação:

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **FILIPPE FELIX NUNES**

IDADE: **27A** DE **10/6/44** GÊNERO: **M** ENFERMARIA: **101** LEITO: **101**

CIRURGIÃO: **DR. TIBIRISIA** **DR. MILTON**

CIRURGIÃO: **GERM + SED**

PROFESSOR: **DR. TIERES**

TEC: **TM** **ANGELICA**

TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: **08:00** FIM: **08:10** CIRURGIA INÍCIO: **08:10** FIM: **12:15**

SCD DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

2 (ASA 2) (ASA 4) (ASA 5)

CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

DESANESTESICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
LA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
NA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
NA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
		KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
		LUVA ESTERIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
		LUVA ESTERIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
		LUVA ESTERIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
		LUVA ESTERIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
		MÁSCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº20	
		SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER Nº10	
		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT-PAM	
		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA COMPREV	
		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	
		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALHEOLAR	
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALHEOLAR	
		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
				PLACA	
				EQUIPAMENTOS	
				ASPIRADOR	
				BISTURI ELETRICO	
				CAPNOGRAFO	
				CARDIOMONITOR	
				DESFIBRILADOR	
				FOCO AUXILIAR	
				FOCO CENTRAL	
				MICROSCOPIO	
				OXIMETRO DE PULSO	
				P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				PERFURADOR ELETRICO	
				SERRA	
				CIRCULANTE	

JIGON 01 ABOLIM DE PURO 'A 50" (01)

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 2018

PROCOLO PESSOA

Memoto - Anal

10/11/15



DATA: 13 105118

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: FRANÇOIS NENE

SEXO: M

COR:

IDADE: 23

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 75	RESPIRAÇÃO 20/min	TEMPERATURA 36,5°C	PESO 100	GRUPO SANGÜÍNEO
------------------	----------	-------------------	--------------------	----------	-----------------

ESTADO GERAL	☒ BOM	☐ REGULAR	☐ MAU	☐ PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO	☒ BOM	☐ REGULAR	☐ MAU	☐ PÉSSIMO
--------------	---	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-----------------	---	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------

EXAMES COMPLEMENTARES VFM

AP. RESPIRATÓRIO	EUMÉITO
------------------	---------

AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO ತೇವು

ESTADO MENTAL LONE

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)
ASA IT

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA SUPRACONDILAR DE ÚMERO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ÚMERO DISTAL D.R. / OSTEOTOMIA DE CHÉPTELE

CIRURGIÃO DR. MILTON

AUXILIARES DE BIBLIOTECA

INÍCIO DA ANESTESIA 08:10

TÉRMINO DA ANESTESIA 12:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA 4m

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA DR. FLÁVIO + DRA. LISSAVARA (R)

CRM-PR

AGENTES/HORA	08:30	09:30	10:30	11:30	12:40
--------------	-------	-------	-------	-------	-------

X ☒ COLETA DE CURVA
 O ☐ PULSO
 PCT E CIRURGIA CHECADOS

PACTUÁRIO REVISADO
 # PCT MONITORIZADO, VELOCIDADE HSE (ZOG)
 # FEMILIZADO GASOMETRIA

ANOTAÇÕES	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS
WATERPADO A ARTERIAL TOD SUTURA DO RETULO	0071	981	977	977	977	977	977	977	977	981	981	981	981	981	981
	50	41	37	34	35	35	35	34	35	35	35	35	35	29	35

☒ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOO PLEXO ☐ BLOO NERVOS ☐ OUTROS

1. SAQUETO DE FLEDO ORALMENTE VIA INTERESCAMÊNICA → PCT GELTAP, D.D.M., REALIZANDO ASPIRÇÃO E ANESTESIA

CÓDIGO		MEDICAMENTOS E MATERIAIS	
1	FENTANYL 100µg		
2	LIDOCAINA CIV - 20ml - 2%.	}	OCLUSIVO
3	NOVARTIN 51V - 20ml - 0,51.		
4	FENTANYL 300µg		
5	PROPOLIS 200mg		
6	CISATRACIMID 10mg		
7	CEFAZOLINA 3g		
8	DEXAMETASONA 10µg		
9	DIPYRAN 3g		
10	CINDANSETRONA 4mg + 4mg		

11 COMPREV
12 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
13
14 08 OUT. 2018
15
16 PROTOCOLO
17 AG. JOÃO PESSOA
18

CONDIÇÃO: PAINA 2mg + 4mg

COM ALICHA 301, PUNÇÃO EM FEMRA INTERESCAFÂNICA DIREITA COM ALICHA ASO + NEUROESTIMULADOR, ESTÍMULO DE NERVO EM 45 mA, INJEÇÃO DE ZOL DE (2) + (3). PUNÇÃO REGÃO AXILAR (COM AGUHA E ALICHA DE A. AXILAR), COM ALICHA ASO + NEUROESTIMULADOR, INJEÇÃO DE ZOL DE (2) + (3).

X2 - ANESTESIA GERAL $\Rightarrow$ PCT DEITADO, D.D.H., PRÉ-INDUÇÃO COM ~~ROBINSON~~ ~~ROBINSON~~ ~~ROBINSON~~ EM FIO2 100% INDUÇÃO COM (4) + (5) + (6), IOT COM IOT MANIPULADO P.O. SOB ~~ROBINSON~~ ~~ROBINSON~~ ~~ROBINSON~~ COM LÂMINA ARTICULAR E VISUALIZAÇÃO DIRETA - VMCV. MANUTENÇÃO COM SEVOFLURANO.

PCT POSICIONADO EM DECÚBITO VENTRAL.

ASSINATURA DO ANESTESISTA: ~~ROBINSON~~ ~~ROBINSON~~ ~~ROBINSON~~

PROLOGUE

PR 82-187



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: FILIPI FELIX NUNES

Data: 27/07/2018 09:41:36

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 27

BAE: 1097352

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM QUADRO DE 74 DPO DE FRATURA GRAVE DE UMERÔ DISTAL DIREITO, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA + PARAFUSOS APRESENTA LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO (ADM) DE COTOVELO DIREITO (APRESENTANDO APENAS 40 ° DE ADM) EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA GANHHO DE ADM

CID: T92.8

[Handwritten signature]

Dr. TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

7296/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Receituário

Paciente: FILIPI FELIX NUNES

Data: 27/07/2018 09:41:36

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM QUADRO DE 74 DPO DE FRATURA GRAVE DE UMERÔ DISTAL DIREITO, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA + PARAFUSOS APRESENTA LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO (ADM) DE COTOVELO DIREITO (APRESENTANDO APENAS 40 ° DE ADM) EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA GANHHO DE ADM

CID: T92.8



[Handwritten signature]

Dr. TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

7296/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

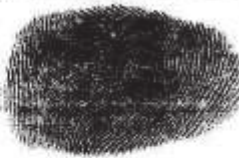
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917




Filipi Felix Nunes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.244.873 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/10/2013

NOME FILIPI FELIX NUNES

FILIAÇÃO ROBERTO CARLOS NUNES
ANA MARIA FELIX NUNES

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 02/03/1991

DOC. ORIGEM NASC.N. 64243 FLS. 173 LIV. A62
CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA/PB

CPF 096.591.114-44

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 20/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180473188 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPI FELIX NUNES **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180473188 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPI FELIX NUNES **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180473188 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FILIPI FELIX NUNES **Data do acidente:** 17/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Filipe Felix Nunes,
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Taxista, CI RG nº 3.244.873,
CPF/MF nº 096.591.114-44, residente e domiciliado(a) à Rua
Tiê Sangue, 31 Cs. B Paratibe,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58062314, telefone
99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, 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.

João Pessoa, 13 de Setembro de 20 18.

Filipe Felix Nunes

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369222/18

Vítima: FILIPI FELIX NUNES

CPF: 096.591.114-44

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 17/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FILIPI FELIX NUNES

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

FILIPI FELIX NUNES : 096.591.114-44

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: 08/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA