

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2017

Carta nº: 10662527

A/C: ELIOMAR PORTELA PAIVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170141796 ASL-0089916/17

Vitima: ELIOMAR PORTELA PAIVA

Data Acidente: 20/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Março de 2017

Carta nº: 10674023

A/C: ELIOMAR PORTELA PAIVA

Sinistro: 3170141796 ASL-0089916/17
Vítima: ELIOMAR PORTELA PAIVA
Data Acidente: 20/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2017

Carta nº: 10832380

A/C: ELIOMAR PORTELA PAIVA

Sinistro: 3170141796 ASL-0089916/17
Vitima: ELIOMAR PORTELA PAIVA
Data Acidente: 20/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DOCUMENTO 1 "T196"



INTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ELIOMAR PORTELA PAIVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.566.722 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 08/08/2007CPF 093023664-03 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO CHAFEIROE RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

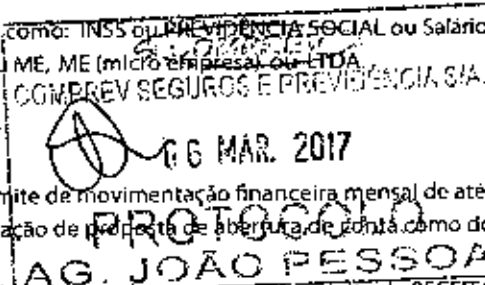
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4823 N° da CONTA (com dígito, se existir) 09862-8

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

João Pessoa, 07 de FEVEREIRO de 2007

LOCAL E DATA

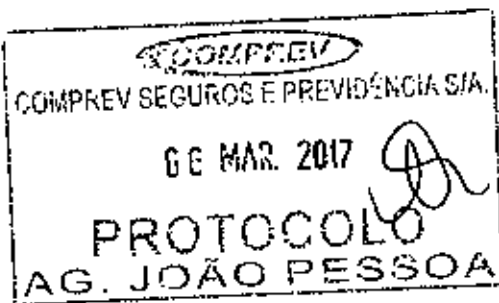
Elíomar Portela Paiva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

08/02/2017 HORA: 14:02:25
DATA EFETIVACAO: 08/02
CONVENIO: 000075132
OPERADOR: am2

AGENCIA: 4823
CONTA: 013.00009862-8
NOME: ELIOMAR PORTELA PAIVA

VALOR:
COD. OPERACAO: 166969659

=====

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

=====

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

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

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



DOCUMENTO 1 *T15*



RO DE OCORRÊNCIA

2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício é a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00080.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:47 horas do dia 11 de janeiro de 2017, 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 Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu Eliomar Portela Paiva, CPF nº 091.023.664-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Chapcero de Lanchonete, filho(a) de Rejane Paiva Silva e Monaci Portela Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/01/1991 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João de Souza Lima, Nº 57, complemento casa 12, boa Esperança, bairro Valentina de Figueiredo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Terminal de Integração, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato-(83) 98610-2253.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Lombada Eletrônica, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/10/16 15:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 20/10/16, por volta das 15:30h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, cor preta, ano 2014, de placa QFA-1217/PB, chassi nº 9C2KC1680ER570218, de sua propriedade, pela via que liga o conjunto Valentina de Figueiredo/Ernesto Geisel, após ser atingido por uma pedra, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura exposta dos ossos da perna esquerda, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

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

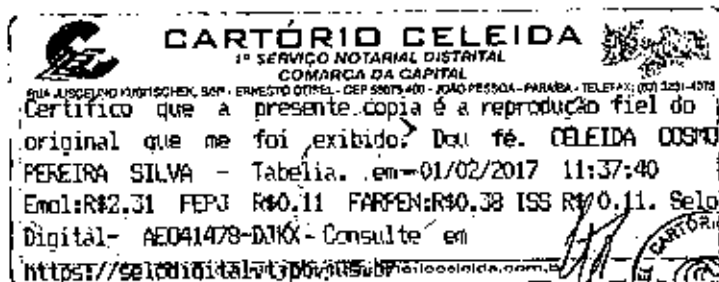
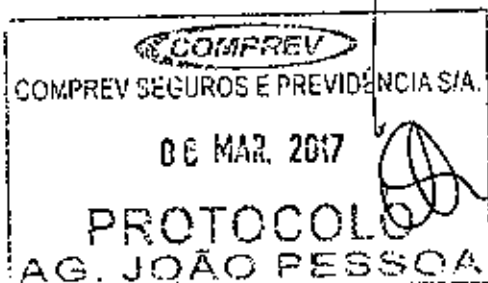
João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2017.

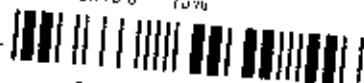
Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

Eliomar Portela Paiva

ELIOMAR PORTELA PAIVA
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIOMAR PORTELA PAIVA

portador da carteira de identidade nº 3.566.722 e inscrito no

CPF nº 091.023.664-01, residente e domiciliado na

Rua João de Souza Lima nº 57, Bairro: Boa Esperança

João Pessoa, Cidade João Pessoa,

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

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

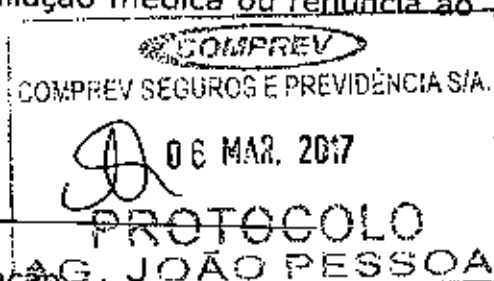
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Elomar Portela Paiva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação



João Pessoa : 07/02/2017

Local e data



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 177
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DOCUMENTO 2 "12%"

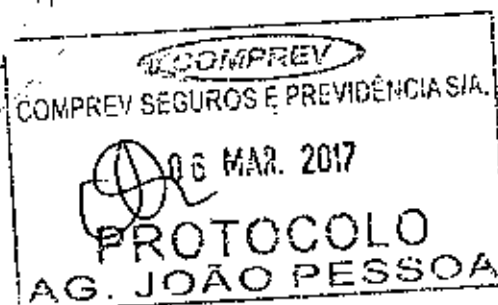


DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 701/015, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1469158, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIOMAR PORTELA-PAIVA** idade 25 anos, vítima de **Fratura exposta a nível distal do membro inferior esquerdo (relata ser atingido por fragmento lançado por ônibus em trânsito)** no dia 20/10/2016, na UPA - Valentina, Bairro: Valentina de Figueiredo - João Pessoa - aproximadamente às 15:30 horas, sendo feito apenas imobilização do membro pela equipe Bravo (Móvelância).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 09 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5 - Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

DE RESIDÊNCIAEu, Elomar Portela Paiva

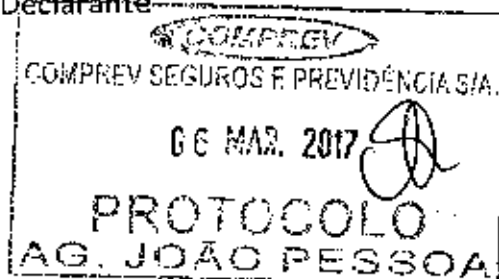
RG nº 3.566.722, data de expedição 08/08/2007
Órgão SSDS-PB, CPF nº 095-023-664-01, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>João de Souza Lima.</u>
Número	<u>57/CS 32.</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Boa Esperança.</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58065032</u>
Telefone de contato	<u>98650-2253/98779-6736</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 07/02/2017Elomar Portela Paiva

Assinatura do Declarante



ROBERTA PAIVA SILVA
RUA JOAO DE SOUZA LIMA, 57 / CS 12 - P BOA ESPERANCA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58060113 (AO: 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Ramo: 18 - S - 082 - 2152
TP medidor: 00008372534
Referência: Set / 2018
Emissão: 28/09/2018

ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 230, Km 25 - Grupo Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-890
CNPJ 08.085.182/0001-40 - Insc Est 18.016.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001210541
Código para Dúvidas Autenticação: 00019063048

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1508354-8

Canal de contato

Set / 2018

Apresentação

28/09/2018

Data prevista da
próxima leitura

27/10/2018

CPF / CNPJ / RANI

250334401

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 23/09/2018 PAGAS,
OBRIGADO!

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago18	128
Jul18	115
Jun18	120
Mai18	105
Abr18	120
Mar18	122
Fev18	112
Jan18	112
Dez17	110
Nov17	86
Out17	1
Set17	121

Média dos últimos meses
104 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
28/09/18	5948	28/09/18	5774	128
				33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	128	0,44026	56,47
ICMS			21,82
PIS			0,63
COFINS			2,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			2,20
JUROS DE MORA 07/2018			0,25
JUROS DE MORA 08/2018			0,36
MULTA 07/2018			1,44
MULTA 08/2018			1,61

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	90,00	27,00	21,82
PIS	80,00	0,0079	0,63
COFINS	80,00	3,0741	2,45

VENCIMENTO

05/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,23

9313.95f5.90e4.cdea.db00.0211.f221.bc7a.

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Pádua

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,43	0,10
DIC TRIMESTRAL	10,88	
DIC ANUAL	21,73	
FIOMENSAL	3,42	1,00
FIOTRIMESTRAL	8,85	
FIOMENSAL	12,70	
FIOTRIMESTRAL	3,11	0,10
FIOMENSAL	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de O&M da Energisa PB	20,50	23,50
Centros de Energia	28,86	33,08
Serviços de Transmissão	1,81	2,08
Energias Distribuídas	8,50	9,75
Impostos, O&M e Encargos	31,70	36,41
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	87,23	100,00

Valor do EUSO (Res. 7/2016) R\$ 25,54

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
06 MAR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

SR. AS. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58556-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-23

Ficha Nr: 837728

Atd: Mac Regu.

Data: 20/10/2016

Hora: 16:18:10

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIOMAR PORTELA PAIVA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3566722 Fone: 88890938

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/01/1991 Id: 25 ano(s)

End.: R RECIFE, 501

Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

MONACI PORTELA BATISTA

REJANE PAIVA SILVA

ção: CARCOM

MACOES DE ENTRADA

.. PADRASTO CICERO

Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD

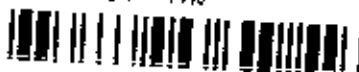
Residência: BAIRRO VALENTINA

Num. de vezes atendido: 8

Num. Prontuario: 2010.12.001776



DOCUMENTO 4 *T4%



Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: ATINGIDO POR UMA PEDRA CAUSADO POR UM ONIBUS

Vitima de violência por: AS 15:40HRS PROX A FACEN O MESMO ESTAVA NA MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: TMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal *

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocho

[] Vômito

Observacao

Exatidão - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

paciente apresentando ferimento em
perna e após acidente motociclista
ao realizar Rx foi observado fratura
dos ossos da perna

Prescrição

Rotacione da medicação

CD: AO BLOCO P/

TRATAMENTO CURATIVO DE
EMERGENCIA

- CEFALOTINA 1g+AD, 0v, 4

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
------	--------------	------	---------	----------



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UCI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

CERTIDÃO

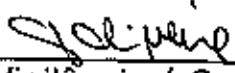
Nº. 1879/2016

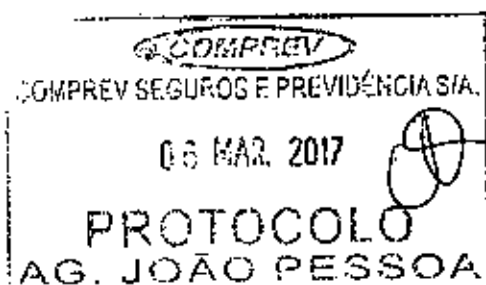
Atendendo solicitação de **ELIOMAR PORTELA PAIVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 897728 e Prontuário Nº 2010.12.001776 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 20/10/2016 às 16H18min, vítima de acidente de moto, atingido por uma pedra lançada por um ônibus, apresentando ferimento na perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/10/2016 com alta médica dia 22/10/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância em Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de Dezembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE em DTH SOB RAQUIANESTESIA
- 2) COLOCAÇÃO TORNQUETE em MIE
- 3) ASSG~~PSIA~~ + ANTISSEPSIA
- 4) APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

5) AMPLIADO CESTO em PUNTA E P/
REALIZAN A LIMPEZA EXAUSTIVA COM
5% D. 9.6

Achadest

6) CONJUNTA FRATURA COMINATIVA EM
TIBIA E

Conducta:

- 7) REDUÇÃO FECHADA SOBRE INJECÇÃO
- 8) ESTABILIZADO A INJECÇÃO PELO MÉTODO PLACA "PONTE" COM PLACA DCP 12 FURROS + 6 PARAFUSOS
- 9) SUTURA DA PELE
- 10) CURATIVO ESTÉRIL
- 11) RX DE CONTROLE
- 12) TALA BOTA

Fechamento:

COMPRE

COMPANHIA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

03 MAR. 2017

OBS:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data:

Date: 70, 10, 16

MED120/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>CLIONAR PEREIRA PERNA</u>		Data da Admissão: <u>20/10/16</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1-1</u>	
QPD: <u>DR. EDUARDO E FERNANDO AM</u>			
HDA: <u>PERNA E</u>			
<u>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE</u> <u>MOTOCICLISTICO NA RUA</u>			
<u>EX: EX COMPREGADOS DA PERNA E</u> COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.			
Medicações em uso: _____ 06 MAR. 2017			
Interrogatório Sintomatológico: <u>PROTOCOLO</u> <u>AG. JOÃO PESSOA</u>			
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 [] Epístaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-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 [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

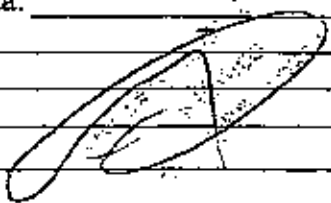
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA CIA.
06 MAR 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1/ FRATURA EXPOSTA
em OSSOS DA PUNHA



TRATAMENTO
CLÍNICO
GRATUITO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ELIOMAR PORTERA PIVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 25	SEXO: M	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 20/10/16		DATA DE ALTA: 24/10/16		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta dos ossos da				CID: S87.9	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: PERNA ESQUERDA				COMPREV	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:				COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.	
PRINCIPAIS EXAMES: Rx				06 MAR. 2017	
PROCEDIMENTO REALIZADO: REALIZADO LMC + TRATAMENTO				PROTOCOLO	
TERAPIA MEDICAMENTOSA: DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA				AG. JOÃO PESSOA 610	
ANATOMIA PATOLÓGICA: CEFAZOLINA 3g 6/6h					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
PACIENTE ADMITIDO COM DOR EDÊMICA E FRATURADO
EM PERNA ESQUERDA APOIADA EM MOTO CICLISTA HA
1 HORA (SIC). FOI SUBMETIDO NA ADMISSÃO A TRATAMENTO
CLÍNICO DE EMERGÊNCIA REALIZOU O PROCEDIMENTO
SEM INTERCOMPLICAÇÕES.
DEBILIDADE HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL
SEM SINTOMAS NO MOMENTO.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **LLVD**
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: **Ciprofloxacino + AINE**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA: **21/10/16**
ASS. MÉDICO / CRM: _____
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular

Elionar Portela Paiva

08/08/2007

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.566.722

DATA DE EMISSÃO 08/08/2007

ELIONAR PORTELA PAIVA

RENANÉ PAIVA SILVA

JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO 19/01/1991

NASC. N. 1991 FMS 183 LIV A05

CARTÓRIO 2 D. JOÃO PESSOA PB

Assinatura do Titular

DOCUMENTO 5 *T596*



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

091.023.664-01

Nome

ELIONAR PORTELA PAIVA

Nascimento

19/01/1991

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 MAR. 2017

PA

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
- PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 29/08/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
13	09102366401	09102366401

RENAVAM	910130861724	MARCA/MODELO	HONDA/CG150
---------	--------------	--------------	-------------

ANO FAB 2014 CALABRE 9 9C2KC1680ER570218

[illegible]

CUSTO DO SEGURO (R\$)		DENATRON (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****		*****	

SEGURO P.A.G.O.

S. COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 29/08/2016
---------------	-----------	--------------------------------

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.800/0001-04

795-1338465-20160829

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 MAR 2017

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

54



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Elizomar Pontes Paiva

DATA DO ACIDENTE 20/10/26 CPF DA VÍTIMA 093.023.664-01

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA

☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: São de Souza Lima

Nº 54 COMPLEMENTO Box 12 BAIRRO Boa Esperança

CIDADE Soa Pessoa UF PE CEP 58065-012

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9.8610-2885

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Deposito

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTO 7 - 17%



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MONTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (FREEMOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 07/02/2017

IDENTIDADE 3.566.722

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____